

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος:

«ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΟΥΝ Ή ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΟ
ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ»

Υπό:

Εργαζάκη Αγγελική

Ζαννιδάκη Γαβριέλα Χρυσούλα

Επιβλέπων καθηγητής:

Στρατιδάκη Ειρήνη, Εντεταλμένη Διδάσκουσα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ – (ΜΑΪΟΣ 2026)



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με βαθιά εκτίμηση, ευχαριστούμε την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας, κ. Ειρήνη Στρατιδάκη, για την πολύτιμη καθοδήγηση, τη συνεχή υποστήριξη και τις ουσιαστικές παρατηρήσεις που παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Η επιστημονική της ευρύτητα, η διαθεσιμότητα και η ενθάρρυνσή της έκαναν δυνατή την ολοκλήρωση της μελέτης αυτής.

Ευχαριστούμε θερμά όλους τους διδάσκοντες του Τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου που μετέδωσαν απλόχερα γνώσεις, εμπειρίες και δεξιότητες κατά τη διάρκεια των σπουδών μας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην ακαδημαϊκή μας εξέλιξη.

Με ξεχωριστή συγκίνηση, αφιερώνουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας, που στάθηκαν ακούραστα στο πλευρό μας με αγάπη και κατανόηση σε κάθε στιγμή της διαδρομής μας. Η υπομονή, η στήριξη και η εμπιστοσύνη τους αποτέλεσαν για εμάς πολύτιμη πηγή δύναμης.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	1
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	3
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ/ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΟΙ	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ/ΣΥΜΒΟΛΩΝ/ΣΧΗΜΑΤΩΝ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
1.1 ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	9
1.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ	10
1.3 ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ	12
1.3.1 ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ ΚΑΙ ΕΝΖΥΜΑ	13
1.3.2 ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ	14
1.3.3 ΛΙΠΙΔΙΑ	14
1.3.4 ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ	15
1.3.5 ΜΕΤΑΛΛΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	15
1.3.6 ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ	16
1.3.7 ΑΛΛΑ ΒΙΟΕΝΕΡΓΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ	17
1.4 ΟΦΕΛΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	18
1.4.1 ΝΕΟΓΝΟ-ΒΡΕΦΟΣ	18
1.4.2 ΜΗΤΕΡΑ	18
1.4.3 ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	19
1.5 ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΘΗΛΑΖΟΥΝ	19
ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΣΚΟΠΟΣ	20
2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	20
ΕΝΟΤΗΤΑ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	21
3.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ	21
3.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ	21
3.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ	22
3.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	22
3.5 ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΕΛΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ	23
3.6 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ PRISMA	24
ΕΝΟΤΗΤΑ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	25
4.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΒΑΣΗ PRISMA	25
4.1.1 ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	25

4.1.2 ΕΛΕΓΧΟΣ (τίτλοι/περιλήψεις).....	26
4.1.3 ΤΕΛΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ	26
4.2 ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕΛΕΤΩΝ.....	26
4.3 ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	36
4.3.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	37
4.3.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	38
4.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	39
4.4.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	40
4.4.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	41
4.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	42
4.5.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	42
4.5.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	44
4.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΥΡΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.....	45
4.6.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	45
4.6.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	48
4.7 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	49
4.7.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	49
4.7.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	50
4.8 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	52
4.8.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	52
4.8.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	52
ΕΝΟΤΗΤΑ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	53
5.1 ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	53
5.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	57
5.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	60
5.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	63
5.5 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	67
5.6 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	71
5.7 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ	73
5.8 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	74
ΕΝΟΤΗΤΑ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ/ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΟΙ

Μητρικός Θηλασμός (ΜΘ)

Αποκλειστικός Θηλασμός (ΑΘ)

Ανθρώπινη πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη (hPL)

Εκκριτική Ανοσοσφαιρίνη Α (IgA)

α-1 αντιθρυψίνη (AAT)

Τρανσκοβαλαμίνη Ι (TC Ι)

Δοκοσαεξανοϊκό οξύ (DHA)

Αραχιδονικό οξύ (ARA)

Εκκριτική Ανοσοσφαιρίνη G (IgG)

Εκκριτική Ανοσοσφαιρίνη Μ (IgM)

Επιδερμικός παράγοντας (EGF)

Επιδερμικός παράγοντας συνδεδεμένος με την ηπαρίνη (HB-EGF)

Ινσουλινόμορφος αυξητικός παράγοντας 1 και 2 (IGF-1, IGF-2)

Αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας (VEGF)

Παράγοντας διέγερσης αποικιών κοκκιοκυττάρων (G-CSF)

Ερυθροποιητίνη (EPO)

Νευρωνικοί αυξητικοί παράγοντες (NGF)

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN)

Πρωτοβουλία Φιλικά για τα Βρέφη Νοσοκομεία (BFHI)

Τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Assisted Reproductive Technology – ART)

Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (ΑΜΘ)

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ/ΣΥΜΒΟΛΩΝ/ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: ΣΤΑΔΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΓΑΛΑΚΤΟΣ	σελ.11
Εικόνα 1: Συστατικά Μητρικού Γάλατος (Kim & Yi, 2020)	σελ.12
Πίνακας 2: ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΛΛΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ	σελ.16
Διάγραμμα ροής PRISMA	σελ.24
ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕΛΕΤΩΝ	σελ.27-36

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Μία από τις πιο σημαντικές πρακτικές για ένα υγιές ξεκίνημα οποιουδήποτε νεογνού είναι ο μητρικός θηλασμός. Το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική θρεπτική πηγή για το νεογνό, ενώ συμβάλει στην ανοσολογική και ψυχολογική υποστήριξή του ίδιου αλλά και της μητέρας. Παρά τα πολλαπλά οφέλη του, τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού παραμένουν χαμηλότερα από τις διεθνείς συστάσεις σε πολλές χώρες. Αυτό το γεγονός, καταδεικνύει την ανάγκη αναγνώρισης των παραγόντων που τον διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν.

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την έναρξη, τη διατήρηση και την αποκλειστικότητα του μητρικού θηλασμού, με βάση τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία των τελευταίων δέκα ετών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Ο εντοπισμός και η επιλογή των μελετών βασίστηκε στο διάγραμμα PRISMA. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις PubMed, Scopus, IATROTEK, ScienceDirect, Cochrane Library και BMJ, με όρους που αφορούσαν τον θηλασμό, τους προσδιοριστές, τα εμπόδια και τις κοινωνικές και ψυχολογικές πτυχές του, χρησιμοποιώντας αγγλική και ελληνική ορολογία. Η ποιότητα των μελετών αξιολογήθηκε με τα εργαλεία CASP. Συνολικά εντάχθηκαν 30 μελέτες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι παράγοντες που επηρεάζουν τον θηλασμό ομαδοποιήθηκαν σε έξι κύριες κατηγορίες: σωματικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, υπηρεσιακοί/πολιτικοί, πολιτισμικοί και οικονομικοί. Μεταξύ των διευκολυντικών παραγόντων αναδείχθηκαν η επαρκής προγεννητική ενημέρωση, η ισχυρή κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη, η θετική εμπειρία γέννησης, η καθοδήγηση από επαγγελματίες υγείας και η φιλική προς τον θηλασμό νοσοκομειακή πολιτική. Ανασταλτικοί παράγοντες περιλάμβαναν τις επιπλοκές κατά τον τοκετό, τον πόνο, τις λανθασμένες τεχνικές τοποθέτησης, την ψυχολογική καταπόνηση, την πρώιμη επιστροφή στην εργασία, το ανεπαρκές υποστηρικτικό πλαίσιο, πολιτισμικές πεποιθήσεις και οικονομικές δυσκολίες. Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανά γεωγραφικό και κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην επιτυχία του μητρικού θηλασμού συμβάλλουν βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και δομικοί παράγοντες. Η ενημέρωση και εκπαίδευση των μητέρων, η συστηματική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η εφαρμογή πολιτικών φιλικών προς τον θηλασμό στις δομές υγείας, καθώς και η υποστήριξη των μητέρων αποτελούν κρίσιμες προϋποθέσεις για την αύξηση του ποσοστού θηλασμού. Η ανασκόπηση αναδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα και ενίσχυση παρεμβάσεων που στοχεύουν στην άρση των εμποδίων.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Μητρικός θηλασμός, παράγοντες θηλασμού, εμπόδια θηλασμού, διευκολυντές θηλασμού.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Breastfeeding is one of the most essential practices for the health of newborn infants. Breastmilk provides optimal nutritional benefits for the newborn, as well as immunological and psychological support for both the mother and the infant. Despite its multiple advantages, exclusive breastfeeding rates remain below international recommendations. This highlights the need to identify the factors that facilitate or inhibit breastfeeding.

OBJECTIVE: This systematic review aims to investigate the factors that positively or negatively influence the initiation, continuation, and exclusivity of breastfeeding, based on international and Greek literature published in the last ten years.

METHODS: To identify and select eligible studies, the PRISMA diagram was followed. Searches were conducted across databases such as PubMed, Scopus, IATROTEK, ScienceDirect, the Cochrane Library, and BMJ using English and Greek keywords related to breastfeeding, determinants, barriers, sociological and psychological aspects. The quality of the included studies was assessed using CASP tools. A total of 30 studies were included.

RESULTS: The factors influencing breastfeeding were grouped into six main categories: physical, psychological, social, healthcare related/policy related, cultural, and economic. Key facilitators included adequate prenatal education, strong family and social support, a positive birth experience, guidance from healthcare professionals, and breastfeeding-friendly hospital policies. Barriers included childbirth complications, pain, incorrect positioning techniques, psychological strain, early return to work, insufficient support structures, cultural beliefs, and financial constraints. Significant variations were observed across geographical and sociocultural contexts.

CONCLUSION: Successful breastfeeding is shaped by the interaction of biological, psychosocial, and structural factors. Strengthening maternal education, enhancing healthcare professionals' training, implementing breastfeeding-friendly policies, and providing comprehensive support systems are essential to improving breastfeeding rates. The review highlights the need for further research and intervention programs to overcome persistent barriers.

KEYWORDS: Breastfeeding, breastfeeding factors, breastfeeding barriers, breastfeeding facilitators.

ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Μία από τις πιο σημαντικές πρακτικές για ένα υγιές ξεκίνημα οποιουδήποτε νεογνού είναι ο μητρικός θηλασμός (ΜΘ). Το μητρικό γάλα ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα του νεογνού, καθώς από αυτό λαμβάνει αντισώματα, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί την καταλληλότερη πηγή θρεπτικών συστατικών για την ανάπτυξη του (Global Breastfeeding Collective, n.d.).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι σημαντικό οι μητέρες να θηλάζουν τα νεογνά τους αποκλειστικά για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους. Επιπρόσθετα, προτείνει τη συνέχιση του θηλασμού για τουλάχιστον 2 χρόνια ακόμη (World Health Organization, 2021).

Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού αφορούν όχι μόνο τη μητέρα και το βρέφος αλλά επεκτείνονται στην οικονομία και το περιβάλλον. Για τη μητέρα και το βρέφος ο θηλασμός επιδρά θετικά στην υγεία, την ψυχολογία τους αλλά και τη μεταξύ τους σύνδεση (del Ciampo & del Ciampo, 2018; Krol & Grossmann, 2018; Mosca & Gianni, 2017). Από την άλλη, με το θηλασμό μειώνονται οι ρίποι στο περιβάλλον από τις συσκευασίες των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος και ταυτόχρονα εξοικονομεί χρήματα η κοινωνία (Rollins et al., 2016).

Η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 2012, έθεσε ως στόχο τουλάχιστον το 50% των νεογνών από 0 έως 6 μηνών να λαμβάνουν αποκλειστικά μητρικό γάλα έως το 2025 (World Health Organization, 2014). Παρά τα πολλαπλά οφέλη του μητρικού θηλασμού, το ποσοστό των γυναικών που θηλάζουν αποκλειστικά τα βρέφη τους το πρώτο εξάμηνο της ζωής τους δεν είναι ακόμη το επιθυμητό. Από το 2015 έως το 2020, καταγράφηκε ότι 44% των γυναικών θήλασαν αποκλειστικά τα βρέφη τους ηλικίας 0-6 μηνών (World Health Organization, 2021).

Οι λόγοι για τους οποίους δεν έχει επιτευχθεί ακόμη το επιθυμητό ποσοστό θηλασμού αναδεικνύονται μέσω των παραγόντων που δυσχεραίνουν το μητρικό θηλασμό. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες είναι ο τρόπος γέννησης, η επιστροφή της μητέρας στην εργασία της, η κοινωνικοοικονομική της κατάσταση, η προγεννητική ενημέρωση και εκπαίδευση, οι πεποιθήσεις της μητέρας και της κοινωνίας, αρνητικές εμπειρίες από προηγούμενο θηλασμό, η λανθασμένη θέση του μωρού, το κάπνισμα, το αυξημένο βάρος και η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας (Prentice, 2022; Sayres & Visentin, 2018).

Με στόχο την προώθηση της επένδυσης στο μητρικό θηλασμό ανά τον κόσμο, έχει δημιουργηθεί μια συνεργασία υπό την αιγίδα της UNICEF και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, επισημαίνοντας τη σημασία του μητρικού θηλασμού αλλά και της υποστήριξης των γυναικών, παράγοντας που τις διευκολύνει να θηλάσουν (Global Breastfeeding Collective, n.d.).

1.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Η παραγωγή γάλακτος καθώς και η έκκρισή του εξαρτάται από την ανάπτυξη του μαστικού αδένος από την εμβρυική ηλικία έως το τέλος της γαλακτογένεσης μετά τον τοκετό, η οποία ρυθμίζεται από ορμόνες και τοπικούς παράγοντες. Μόνο κατά την εγκυμοσύνη επιτυγχάνεται η πλήρης μαστογένεση, ώστε μετά τον τοκετό να μπορούν να καλυφθούν οι διατροφικές ανάγκες του νεογνού. Η γαλακτογένεση αφορά τη διαδικασία κατά την οποία εκκρίνεται γάλα από τους μαστικούς αδένες. Κατά τη γαλακτογένεση, ο μαστικός αδένος διαφοροποιείται από την αρχή της εγκυμοσύνης έως και μετά τον τοκετό, ώστε τελικά να φτάσει στην πλήρως διαφοροποιημένη κατάσταση όπου επιτρέπεται πλέον η πλήρης γαλουχία (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

Τα στάδια της γαλακτογένεσης είναι τρία. Στο πρώτο στάδιο, το οποίο ονομάζεται γαλακτογένεση I, ξεκινά η παραγωγή γάλακτος. Το στάδιο αυτό λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έως τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Τα επιθηλιακά κύτταρα του μαστού διαφοροποιούνται σε λακτοπαράγωγα κύτταρα τα οποία έχουν πλέον την ικανότητα να παράγουν τα συστατικά του γάλακτος. Το υγρό που παράγεται, παρότι λίγο σε ποσότητα είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες και ονομάζεται πρωτόγαλα. Το πρωτόγαλα έχει χαρακτηριστική σύσταση και χρώμα (Lyons et al., 2020; Sriraman, 2017).

Το δεύτερο στάδιο, η γαλακτογένεση II, ξεκινάει 2 με 3 μέρες μετά τον τοκετό. Με την αποβολή του πλακούντα κατά τη γέννηση, τα επίπεδα προγεστερόνης, οιστρογόνων και ανθρώπινης πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης (hPL) μειώνονται, ενώ τα επίπεδα της προλακτίνης είναι αυξημένα παρουσία ινσουλίνης και κορτιζόλης. Η διαδικασία αυτή ενεργοποιεί την γαλακτογένεση II, κατά την οποία παράγεται το μεταβατικό γάλα, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε ποσότητα και διαφορετικό σε σύσταση από το πρωτόγαλα. Η παραγωγή του μεταβατικού γάλακτος διαρκεί περίπου 10 ημέρες. Τα δύο πρώτα στάδια της γαλακτογένεσης ελέγχονται από το ενδοκρινικό σύστημα και εξαρτώνται από τις ορμόνες που υπάρχουν στην κάθε φάση (McKinney et al., 2018; Sriraman, 2017; Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

Στην γαλακτογένεση III, το μεταβατικό γάλα αντικαθίσταται από το ώριμο γάλα το οποίο είναι πιο υδαρές από το πρωτόγαλα και είναι πλήρως ικανό να καλύψει τις διατροφικές ανάγκες του νεογνού. Η γαλακτογένεση III λαμβάνει χώρα εφόσον συνεχίζεται ο μητρικός θηλασμός και

συνεπώς η παραγωγή γάλακτος (γαλακτοποίηση). Ρυθμίζεται από το αυτοκρινές σύστημα και εξαρτάται από την απομάκρυνση του γάλακτος από τον μαστό (McKinney et al., 2018; Sriraman, 2017).

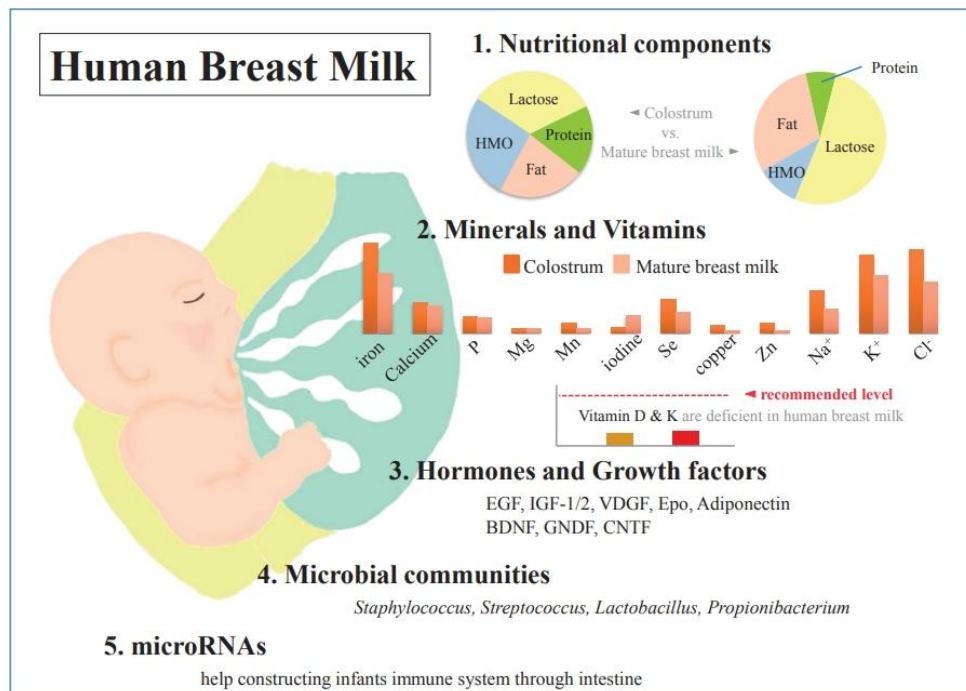
Πίνακας 1: ΣΤΑΔΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΓΑΛΑΚΤΟΣ		
	Διάρκεια	Χαρακτηριστικά
Μαστογένεση	Από την εμβρυική ηλικία έως το τέλος της γαλακτογένεσης	• Ανάπτυξη του μαστικού αδένα • Πλήρης ανάπτυξη του μαστού με την εγκυμοσύνη • Ρυθμίζεται από ορμόνες και τοπικούς παράγοντες
Γαλακτογένεση I	Από την εγκυμοσύνη έως τις πρώτες 2-3 μέρες μετά τον τοκετό	• Ρυθμίζεται από το ενδοκρινικό σύστημα • Αυξημένα επίπεδα προγεστερόνης • Έναυσμα για παραγωγή γάλακτος • Τα επιθηλιακά κύτταρα του μαστού διαφοροποιούνται σε λακτοπαράγωγα • Το υγρό που εκκρίνεται ονομάζεται πρωτόγαλα
Γαλακτογένεση II	Από την δεύτερη με τρίτη μέρα μετά τον τοκετό έως περίπου 10 μέρες μετά	• Ρυθμίζεται από το ενδοκρινικό σύστημα • Τα επίπεδα προγεστερόνης, οιστρογόνων και hPL μειώνονται • Αυξημένα επίπεδα προλακτίνης παρουσία ινσουλίνης και κορτιζόλης • Η λακτόζη αποτελεί μέρος του παραγόμενου γάλακτος • Το υγρό που εκκρίνεται ονομάζεται μεταβατικό γάλα
Γαλακτογένεση III	Όσο συνεχίζεται η παραγωγή γάλακτος (γαλακτοποίηση)	• Ρυθμίζεται από το αυτοκρινές σύστημα • Όσο περισσότερη κατανάλωση έχει τόσο περισσότερη είναι η παραγωγή που γίνεται • Παράγεται πλέον το ώριμο γάλα
Απογαλακτισμός		• Σταματάει η κατανάλωση του γάλακτος από το βρέφος • Τα κύτταρα του μαστού επιστρέφουν στην αρχική τους κατάσταση

Πηγές: Sriraman, 2017; Truchet & Honvo-Houéto, 2017

1.3 ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Ανάμεσα στα συστατικά που απαρτίζουν το πρωτόγαλα βρίσκονται παράγοντες που βοηθούν στην ανάπτυξη του νεογνού, όπως ο επιδερμικός αυξητικός παράγοντας, αλλά και στην ανοσοποίηση του, όπως η λακτοφερίνη, τα λευκοκύτταρα και η εκκριτική ανοσοσφαιρίνη Α (IgA). Συνεπώς ο πρωταρχικός του ρόλος είναι περισσότερο ανοσολογικός παρά θρεπτικός. Τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, αυξάνεται η ποσότητα της λακτόζης, του καλίου, του ασβεστίου, των θερμίδων και του λίπους στο παραγόμενο γάλα, το οποίο ονομάζεται μεταβατικό, ενώ αντίθετα μειώνονται οι ποσότητες του μαγνησίου, νατρίου και του χλωριδίου καθώς και των ανοσοσφαιρινών. Το γάλα αυτό αποκτά την ικανότητα να θρέψει το νεογνήτο και να ανταπεξέλθει στις αναπτυξιακές του ανάγκες. Μετά τις 10 μέρες από την επέλευση του τοκετού, επέρχεται το ώριμο γάλα το οποίο περιέχει περίπου 20kcal/oz και τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το νεογνό, ενώ εξακολουθούν να εμφανίζονται ανοσοσφαιρίνες και αντιβακτηριακά συστατικά (Ballard & Morrow, 2013; McKinney et al., 2018).

Αναλυτικότερα το ώριμο μητρικό γάλα με το οποίο τρέφεται το νεογνό απαρτίζεται από πρωτεΐνες και ένζυμα, υδατάνθρακες, λιπίδια, βιταμίνες, μεταλλικά στοιχεία, συστατικά ανοσοποίησης και άλλα βιοενεργά συστατικά (Kim & Yi, 2020; McKinney et al., 2018; Mosca & Gianni, 2017).



Εικόνα 2: Συστατικά Μητρικού Γάλατος (Kim & Yi, 2020)

1.3.1 ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ ΚΑΙ ΕΝΖΥΜΑ

Οι πρωτεΐνες στο μητρικό γάλα είναι υπεύθυνες για την ανάπτυξη του βρέφους, καθώς και για την επιτέλεση διάφορων λειτουργιών και αποτελούν το 1% των θρεπτικών συστατικών του. Οι περισσότερες πρωτεΐνες παράγονται από τα λακτοκύτταρα. Οι κύριες πρωτεΐνες του μητρικού γάλακτος είναι η βλεννίνη, οι καζεΐνες καθώς και οι πρωτεΐνες ορού γάλακτος (Andreas et al., 2015; Mosca & Giannì, 2017; Yi & Kim, 2021).

Η βλεννίνη συμμετέχει στη σύσταση της μεμβράνης των λιποσφαιριδίων του γάλακτος. Οι καζεΐνες βρίσκονται στον στόμαχο του βρέφους σχηματίζοντας σβόλους, οι οποίοι τείνουν να είναι δύσπεπτοι. Αποτελούν πηγή ασβεστίου και φωσφορικού άλατος, ενώ συμμετέχουν και στην πέψη. Στο μητρικό γάλα είναι παρούσες οι α, β, γ και κ καζεΐνη (Andreas et al., 2015; Yi & Kim, 2021). Στις κυριότερες πρωτεΐνες ορού γάλακτος που παρουσιάζονται στο μητρικό γάλα συγκαταλέγονται οι α-λακταλβουμίνη, η λακτοφερίνη, η λυσοζύμη, η αλβουμίνη του αίματος και η εκκριτική IgA. Η α-λακταλβουμίνη συμμετέχει στη σύνθεση της λακτόζης, στην απορρόφηση μεταλλικών στοιχείων, στην παροχή σημαντικών αμινοξέων αλλά και στην απομάκρυνση ορισμένων βακτηρίων. Επιπρόσθετα, συμμετέχει στην ωρίμανση και ανάπτυξη του πεπτικού συστήματος. Η λακτοφερίνη έχει αντιοξειδωτικές, αντιμικροβιακές και ανοσορυθμιστικές ιδιότητες, ενώ ταυτόχρονα παρέχει το έναυσμα για τον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των κυττάρων των εντέρων. Η λυσοζύμη ενισχύει την ανάπτυξη των πρόωρων νεογνών, καθώς και την ανάπτυξη των ωφέλιμων βακτηρίων στον οργανισμό των νεογνών. Λειτουργώντας συνδυαστικά δε με τη λακτοφερίνη, καταστρέφει τη μεμβράνη κάποιων βακτηρίων. Ακόμη, φέρει αντιϊκές ιδιότητες. Τέλος, η εκκριτική IgA έχει προστατευτικό ρόλο για το βλεννογόνο του εντέρου, καθώς και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες (Andreas et al., 2015; Binte Abu Bakar et al., 2021; Kim & Yi, 2020; Shende & Khanolkar, 2021).

Οι πρωτεΐνες β-καζεΐνη, α-1 αντιθρυψίνη (AAT), λακτοφερίνη, α-λακταλβουμίνη, τρανσκοβαλαμίνη Ι (TC Ι), καθώς και η πρωτεΐνη δέσμησης του φολικού οξέος, έχουν σημαντικό ρόλο στην πέψη και στην αξιοποίηση άλλων θρεπτικών ουσιών (Yi & Kim, 2021). Επιπρόσθετα, η ταυρίνη, η οποία βρίσκεται σε μεγάλο ποσοστό στο μητρικό γάλα, παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και τη σύζευξη της χολής (McKinney et al., 2018).

Τα ένζυμα του μητρικού γάλακτος συμμετέχουν σε διάφορες απαραίτητες διεργασίες για τον οργανισμό του βρέφους. Για παράδειγμα, η λιπάση που ενεργοποιείται από το χολικό άλας καθώς και η αμυλάση, συμμετέχουν στην πέψη διασπώντας τα λίπη και τους υδατάνθρακες αντίστοιχα (Yi & Kim, 2021).

1.3.2 ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Οι υδατάνθρακες απαρτίζουν το 7% του μητρικού γάλακτος. Ο κύριος από αυτούς είναι η λακτόζη. Η συγκέντρωση της λακτόζης στο μητρικό γάλα αυξάνεται κατά τη διαφοροποίηση του, από το πρωτόγαλα στο ώριμο γάλα, όπου φτάνει να είναι 6,7g/100ml, γεγονός που αποτυπώνει την αυξημένη διατροφική ανάγκη του ανθρώπινου εγκεφάλου (Mosca & Gianni, 2017; Yi & Kim, 2021). Η λακτόζη διασπάται από το ένζυμο λακτάση, σε γλυκόζη και γαλακτόζη και στη συνέχεια οι μονοσακχαρίτες αυτοί απορροφώνται από το βρέφος. Ακόμη, στο ώριμο γάλα, εφόσον διατηρείται η συγκέντρωση της λακτόζης, διατηρείται και η ωσμωτική πίεση. Επιπρόσθετα, η απορρόφηση και η επισύναψη των μεταλλικών στοιχείων, ολιγοσακχαρίτων καθώς και του ασβεστίου λαμβάνει χώρα χάρη στη λακτόζη. Τέλος, λειτουργεί και ως προβιοτικό για την ανάπτυξη των ωφέλιμων βακτηρίων στο έντερο του βρέφους (Shende & Khanolkar, 2021; Yi & Kim, 2021).

Οι επόμενοι επικρατέστεροι υδατάνθρακες είναι οι ολιγοσακχαρίτες, των οποίων η σύσταση είναι 15-23g/L στο πρωτόγαλα και 1-10g/L στο ώριμο μητρικό γάλα. Ορισμένες δομές των ολιγοσακχαρίτων προσδίδουν προστασία στο νεογνό, όπως για παράδειγμα από την νεκρωτική εντεροκολίτιδα. Ακόμη, οι ολιγοσακχαρίτες στο μητρικό γάλα, αυξάνουν την ποσότητα των ωφέλιμων βακτηρίων στο έντερο του νεογνού ρυθμίζοντας τους βλεννογόνους και προστατεύοντάς το από παθογόνα βακτήρια, ενώ έχουν αντιμικροβιακές και αντιφλεγμονώδης ιδιότητες. Τέλος, βοηθούν στην επισύναψη των ουδετερόφιλων, μονοκυττάρων και λεμφοκυττάρων (McKinney et al., 2018; Mosca & Gianni, 2017; Shende & Khanolkar, 2021).

1.3.3 ΛΙΠΙΔΙΑ

Τα λιπίδια αποτελούν περίπου το 50% της συνολικής ενέργειας που προσδίδεται στο νεογνό. Έχουν τον πιο σημαντικό ρόλο στην σωματική αλλά και τη νευρολογική ανάπτυξή του. Η πιο διαδεδομένη κατηγορία λιπιδίων στο μητρικό γάλα είναι τα τριγλυκερίδια, τα οποία αποτελούν το 98% των λιπιδίων. Άλλα λιπίδια στο μητρικό γάλα είναι κυρίως τα φωσfolιπίδια, η χοληστερόλη, τα ελεύθερα λιπαρά οξέα, τα διγλυκερίδια και τα μονογλυκερίδια, τα οποία σχηματίζουν σφαιρίδια, με τα τριγλυκερίδια να αποτελούν το κέντρο τους. Οι ιδιότητες των τριγλυκερίδιων εξαρτώνται από τα λιπαρά οξέα από τα οποία αποτελούνται. Στο μητρικό γάλα αναβρίσκονται περισσότερα από 200 λιπαρά οξέα σε διαφορετική σύσταση (Andreas et al., 2015; Mosca & Gianni, 2017).

Τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλυσίδας, βοηθούν στην σωστή ανάπτυξη και λειτουργία του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος, ενεργούν ενάντια σε ορισμένα

πρωτόζωα και ιούς και συμμετέχουν στη διαμόρφωση του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ η ποσότητά τους εξαρτάται από τη διατροφή της μητέρας (Mosca & Gianni, 2017; Shende & Khanolkar, 2021). Τα λιπαρά οξέα μεσαίας αλυσίδας, αποτελούν πηγή ενέργειας και βοηθούν στην αξιοποίηση της γλυκόζης (Shende & Khanolkar, 2021). Ακόμη, τα λιπαρά οξέα βραχείας αλυσίδας, βοηθούν το νεογνό στις ενεργειακές του απαιτήσεις αλλά και στην ωρίμανση του πεπτικού συστήματος (Andreas et al., 2015).

Άλλα σημαντικά λιπαρά οξέα για την πρωταρχική ανάπτυξη του εγκεφάλου και των ματιών, είναι το δοκοσαεξανοϊκό οξύ (DHA) και το αραχιδονικό οξύ (ARA) (McKinney et al., 2018).

Τέλος, το σφιγγοφωσφολιπίδιο, σφιγγομυελίνη, συμμετέχει στην ανάπτυξη της όρασης αλλά και στη μυελίνωση του νευρικού συστήματος (Shende & Khanolkar, 2021).

1.3.4 BITAMINES

Το μητρικό γάλα είναι υψηλής περιεκτικότητας σε βιταμίνη A, E και C. Όμως, οι περισσότερες βιταμίνες που μεταβιβάζονται στο νεογνό μέσω του μητρικού γάλακτος έχουν άμεση σχέση με τη διατροφή της μητέρας και τις συνήθειες της. Οι απαραίτητες για την ανάπτυξη του μωρού, βιταμίνες D και K, βρίσκονται σε μικρή ποσότητα στο μητρικό γάλα. Για αυτό το λόγο συστήνεται στις περισσότερες μητέρες η αγορά συμπληρωμάτων για το νεογνό. Για την επάρκεια της βιταμίνης D στον οργανισμό συνίσταται επιπρόσθετα η έκθεση στον ήλιο. Ακόμη ανάλογα με τη δίαιτα της μητέρας μπορεί να υπάρχει έλλειψη βιταμίνης B12 και B6 στο βρέφος (Kim & Yi, 2020; McKinney et al., 2018).

1.3.5 ΜΕΤΑΛΛΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σε αντίθεση με τις βιταμίνες, τα μεταλλικά στοιχεία που υπάρχουν στο μητρικό γάλα δεν εξαρτώνται άμεσα από την κατάσταση της μητέρας. Επιπρόσθετα, η ποσότητα των μεταλλικών στοιχείων που περιέχεται στο μητρικό γάλα διαφέρει ανάλογα με το στάδιο της ωρίμανσης του. Το ασβέστιο, το μαγνήσιο και ο φώσφορος, είναι περίπου ίσα σε ποσότητα στο ώριμο γάλα και στο πρωτόγαλα. Το πρωτόγαλα έχει μεγαλύτερη περιεκτικότητα σιδήρου, νατρίου, χλωρίου, καλίου, μαγγανίου, σεληνίου και ψευδάργυρου από το ώριμο γάλα, ενώ το ώριμο γάλα, έχει μεγαλύτερη περιεκτικότητα ιωδίου απ' ότι το πρωτόγαλα. Ακόμη, ενώ το μητρικό γάλα έχει μικρότερη περιεκτικότητα σε μεταλλικά στοιχεία, όπως το σίδηρο και το ασβέστιο, απ' ότι στη φόρμουλα και το αγελαδινό γάλα, απορροφάτε πολύ καλύτερα (Kim & Yi, 2020; McKinney et al., 2018).

Πίνακας 2: ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΛΛΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ		
ΜΕΤΑΛΛΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΠΡΩΤΟΓΑΛΑ	ΩΡΙΜΟ ΓΑΛΑ
Μαγνήσιο	30-35 mg/L	30-35 mg/L
Ασβέστιο	250 mg/L	200-250 mg/L
Φώσφορος	120-160 mg/L	120-140 mg/L
Σίδηρος	0.5-1.0 mg/L	0.3-0.7 mg/L
Νάτριο	300-400 mg/L	150-250 mg/L
Χλώριο	600-800 mg/L	400-450 mg/L
Κάλιο	600-700 mg/L	400-550 mg/L
Μαγγάνιο	5-12 µg/L	3-4 µg/L
Σελήνιο	25-32 µg/L	10-25 µg/L
Ψευδάργυρος	5-12 µg/L	1-3 µg/L
Ιώδιο	40-50 µg/L	140-150 µg/L

Πηγή: Kim & Yi, 2020

1.3.6 ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ

Συστατικά με ανοσολογικές ιδιότητες φαίνεται να υπάρχουν σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες που προαναφέρθηκαν. Συμπληρωματικά, εκτός από την IgA, μεταφέρονται στο νεογνό και άλλες εκκριτικές ανοσοσφαιρίνες, όπως η G (IgG), η οποία συμβάλλει στην απομάκρυνση παθογόνων μικροοργανισμών και στην προστασία από ιούς, αλλά και η M (IgM), η οποία δρα καταστρέφοντας ιούς και βακτήρια (Carr et al., 2021). Ακόμη, στο μητρικό γάλα έχουν βρεθεί κυτοκίνες, όπως ιντερλευκίνες, η ιντερφερόνη-γ και ο παράγοντας νέκρωσης όγκων άλφα (TNF-α), οι οποίες ρυθμίζουν το ανοσοποιητικό σύστημα του μωρού (Yi & Kim, 2021).

Στην άμυνα του οργανισμού του νεογνού, συμβάλλει και το μικροβίωμα που αποκτά μέσω του μητρικού γάλακτος, το οποίο εξαρτάται από την υγεία της μητέρας, τα αντιβιοτικά που έλαβε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το βάρος, την ηλικία της, το μέρος όπου ζει και ο τρόπος γέννησης. Σύμφωνα με μελέτες, χάρη στο μητρικό γάλα, μεταφέρονται στο νεογνό ωφέλιμοι μικροοργανισμοί όπως στελέχη Στρεπτόκοκκου, Σταφυλόκοκκου, Εντερόκοκκου και του παράγοντα bifidus (γαλακτοβάκιλλος) (Hermansson et al., 2019; Khodayar-Pardo et al., 2014; Moossavi et al., 2019). Τα βακτήρια αυτά παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μικροβιώματος του πεπτικού συστήματος του νεογνού, το οποίο προσδίδει προστασία από

παθογόνα μικρόβια, στην ενίσχυση του μεταβολισμού αλλά και στην ωρίμανση του ανοσοποιητικού συστήματος (Asnicar et al., 2017; Jost et al., 2014; Yi & Kim, 2021).

1.3.7 ΑΛΛΑ ΒΙΟΕΝΕΡΓΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Το μητρικό γάλα, εκτός από τα συστατικά που προαναφέρθηκαν περιέχει και micro-RNA, τα οποία εν δυνάμει συμβάλλουν στην προστασία και την ανάπτυξη του νεογνού. Είναι μικρά μόρια RNA, μήκους 18 έως 25 νουκλεοτιδίων, που συμμετέχουν στη διαδικασία έκφρασης των γονιδίων, με αποτέλεσμα να καθορίζουν τις λειτουργίες των κυττάρων και των ιστών καθώς και τον κύκλο ζωής τους, από την ανάπτυξη έως και το θάνατο τους. Ακόμη, ορισμένα από αυτά συμβάλλουν στην ωρίμανση του ανοσοποιητικού συστήματος του νεογνού. Επιπρόσθετα, κάποια από αυτά τα μόρια ενισχύουν την έκφραση γονιδίων που σχετίζονται με την ανάπτυξη του, όπως τα FOXP3, NRF2, FTO και IGF1. Το κάθε micro-RNA έχει τη δυνατότητα να συμμετέχει στην έκφραση πολλών γονιδίων. Πάνω από 1000 τέτοια μόρια περνάνε στο βρέφος μέσω του μητρικού γάλακτος, τα οποία απορροφώνται από τα τοιχώματα του πεπτικού συστήματός του, στη συνέχεια εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και από εκεί κατανέμονται στα όργανά του (Melnik & Schmitz, 2017; Mosca & Giannì, 2017; Yi & Kim, 2021).

Επιπρόσθετα, στο μητρικό γάλα ανευρίσκονται και αρκετοί αυξητικοί παράγοντες, οι οποίοι παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του πεπτικού, αγγειακού, νευρικού και ενδοκρινικού συστήματος (Kim & Yi, 2020). Οι παράγοντες αυτοί είναι οι επιδερμικός (EGF), επιδερμικός συνδεδεμένος με την ηπαρίνη (HB-EGF), ινσουλινόμορφος αυξητικός 1 και 2 (IGF-1, IGF-2), διέγερσης αποικιών κοκκιοκυττάρων (G-CSF), ο αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας (VEGF), η αδιπονεκτίνη και η ερυθροποιητίνη (EPO), αλλά και οι νευρωνικοί αυξητικοί παράγοντες (NGF). Οι παράγοντες IGF-1, IGF-2, EGF βρίσκονται σε μεγαλύτερη ποσότητα στο ανώριμο γάλα απ'ότι στο ώριμο, ενώ η ποσότητα των παραγόντων VEGF, G-CSF και κάποιων από τους NFG, είναι μεγαλύτερη στο ώριμο γάλα. Από την άλλη, για τους παράγοντες HBEGF και EPO, δεν υπάρχει ακριβής τάση και αυξάνεται με τη διάρκεια του θηλασμού αντίστοιχα (Kim & Yi, 2020; York et al., 2021).

Ο EGF, μεταξύ άλλων, αυξάνει τον πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων των εντέρων (York et al., 2021), βοηθάει στην επούλωση τους (Zhang et al., 2020) και ενισχύει την αντίσταση του επιθηλίου στους παθογόνους μικροοργανισμούς (Knorr et al., 2020). Ο HB-EGF, μειώνει την παραγωγή των αντιδραστικών στοιχείων οξυγόνου, αυξάνει την μικροκυκλοφορία στα ενδοθηλιακά κύτταρα και αμβλύνει το θάνατο των επιθηλιακών κυττάρων των εντέρων (York et al., 2021). Κάποιοι από τους NFG δρουν στο νευρικό σύστημα των εντέρων (Kim & Yi, 2020). Οι παράγοντες IGF-1 και IGF-2 ενισχύουν τη λειτουργία της επιθηλιακής μεμβράνης, μειώνουν την

φλεγμονώδη αντίδραση του οργανισμού (Tian et al., 2017), ενισχύουν την ανάπτυξη του βλεννογόνου του πεπτικού συστήματος (York et al., 2021), προστατεύουν τα κύτταρα του εντέρου από βλάβες, διεγείρουν την ερυθροποίηση των κυττάρων και συμμετέχουν στην αύξηση του αιματοκρίτη (Kim & Yi, 2020). Ακόμη, ο VEGF βοηθά στη ρύθμιση της αγγειογένεσης και στην ανάπτυξη της κυκλοφορίας της μεμβράνης (Ballard & Morrow, 2013; York et al., 2021). Ο G-CSF, βοηθάει στην επούλωση του βλεννογόνου καθώς και στην ανάπτυξη των λαχνών του εντέρου (York et al., 2021). Ο κύριος ρόλος της ερυθροποιητίνης είναι να αυξάνει τα ερυθρά αιμοσφαίρια, όμως συμβάλλει και στην προστασία της επιθηλιακής μεμβράνης του εντέρου και ίσως να αποτρέπει την νεκρωτική εντεροκολίτιδα (Kim & Yi, 2020; York et al., 2021). Τέλος, η αδιπνονεκτίνη ρυθμίζει το μεταβολισμό και αναστέλλει φλεγμονές (Kim & Yi, 2020).

1.4 ΟΦΕΛΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

1.4.1 ΝΕΟΓΝΟ-ΒΡΕΦΟΣ

Όσον αφορά το νεογνό, ο αποκλειστικός θηλασμός συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξή του, ιδίως σε ότι αφορά την επικοινωνία, τις κινητικές δεξιότητες καθώς και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (Onyango et al., 2022). Από την άλλη, υπολογίζεται ότι περίπου το 14% με 19% των περιπτώσεων παιδιών που εμφανίζουν λευχαιμία, μπορεί να αποφευχθεί με το θηλασμό (Amitay & Keinan-Boker, 2015). Ο θηλασμός επίσης μπορεί να λειτουργήσει και ως προστατευτικός παράγοντας έναντι λοιμώξεων του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, όπως η πνευμονία, αλλά και γαστρεντερικών λοιμώξεων (Duijts et al., 2010; Lamberti et al., 2013). Γενικότερα, βρέθηκε ότι το ποσοστό θανάτων από οποιαδήποτε αιτία ήταν μεγαλύτερο σε βρέφη που δεν έλαβαν μητρικό γάλα, σε σχέση με αυτά που έλαβαν (Sankar et al., 2015). Ακόμη, μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο τα βρέφη αντιδρούν στα συναισθηματικά ερεθίσματα. Αναλυτικότερα, τα βρέφη που λαμβάνουν μητρικό γάλα παρατεταμένα, φαίνεται να έχουν περισσότερες χαρούμενες σωματικές αντιδράσεις (Krol et al., 2015). Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι θα μπορούσαν να αποφευχθούν 823,000 θάνατοι παιδιών κάτω των 5 ετών το χρόνο, αυξάνοντας το ποσοστό των γυναικών που θηλάζουν σε όλο τον κόσμο (Victora et al., 2016).

1.4.2 ΜΗΤΕΡΑ

Για τη μητέρα ο μητρικός θηλασμός φαίνεται να σχετίζεται με τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2, αλλάζοντας το μεταβολικό προφίλ των γυναικών που πάσχουν από διαβήτη κύησης (Much et al., 2016), αλλά και εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών, και μάλιστα της

πιο θανάσιμης μορφής (Babic et al., 2020). Ακόμη, η διάρκεια κατά την οποία μια γυναίκα θηλάζει σχετίζεται με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Qiu et al., 2022). Επιπλέον, οι γυναίκες που δε θηλάζουν φαίνεται να έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από άγχος και κατάθλιψη παρά οι γυναίκες που θηλάζουν (Mikšić et al., 2020).

1.4.3 ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Τα πλεονεκτήματα του θηλασμού επεκτείνονται, εκτός από τη μητέρα και το βρέφος, στην οικονομία και το περιβάλλον. Το κράτος αλλά και οι οικογένειες μπορούν να εξοικονομήσουν αρκετά χρήματα, τα οποία διατίθενται στην αντιμετώπιση αποτρέψιμων ασθενειών που προσβάλλουν τα βρέφη, μέσω του θηλασμού. Ακόμη, τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος, απαιτούν συσκευασίες καθώς και ενέργεια για να παραχθούν, αφήνοντας το αποτύπωμά τους στο περιβάλλον (Rollins et al., 2016).

1.5 ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΘΗΛΑΖΟΥΝ

Παρά τα πολλαπλά οφέλη του μητρικού θηλασμού, το ποσοστό των γυναικών που θηλάζουν αποκλειστικά τα βρέφη τους το πρώτο εξάμηνο της ζωής τους δεν είναι ακόμη το επιθυμητό. Η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 2012, έθεσε ως στόχο τουλάχιστον το 50% των νεογνών από 0 έως 6 μηνών να λαμβάνουν αποκλειστικά μητρικό γάλα έως το 2025 (World Health Organization, 2014). Το 2013 ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός ήταν στο 35%, ποσοστό το οποίο ανέδειξε μια αύξηση, περίπου κατά 0,5 ποσοστιαίες μονάδες ανά έτος από το 1993. Με τα δεδομένα τότε, θα έπρεπε το ποσοστό να αυξάνεται κατά λίγο παραπάνω από 1% κάθε χρόνο ώστε να επιτευχθεί ο στόχος για το 2025 (Victora et al., 2016). Εν συνεχεία, καταγράφηκε ότι 44% των γυναικών θήλασαν αποκλειστικά τα βρέφη τους ηλικίας 0-6 μηνών, από το 2015 έως το 2020 (World Health Organization, 2021).

Στην Ελλάδα, η τελευταία εθνική μελέτη που αφορούσε τη συχνότητα και τους παράγοντες που επηρεάζουν το θηλασμό πραγματοποιήθηκε το 2017. Η μελέτη αυτή ανέδειξε ότι μετά τον τοκετό 66% των γυναικών θήλασαν αποκλειστικά τα νεογνά τους, με το πέρας του πρώτου μήνα 40%, στον τρίτο μήνα 27%, ενώ στον έκτο μήνα μόλις 0,8%. Επιπλέον αναγνωρίστηκε ως βασικός παράγοντας διακοπής του θηλασμού το ανεπαρκές γάλα (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018).

Όλα όσα προαναφέρθηκαν αναδεικνύουν τη σημασία της διαφύλαξης και προώθησης του μητρικού θηλασμού. Για να εφαρμοστούν όμως οι κατάλληλες ενέργειες προς τη διαφύλαξη και

την προώθησή του, θα πρέπει πρώτα να αναγνωρισθούν και να κατανοηθούν οι παράγοντες που τον διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν.

ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση αποσκοπεί στην καταγραφή και ανάλυση των παραγόντων που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την έναρξη, διατήρηση και αποκλειστικότητα του μητρικού θηλασμού, βασιζόμενη στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία των τελευταίων δέκα ετών. Η ανασκόπηση εξετάζει τόσο τον γενικό όσο και τον αποκλειστικό θηλασμό, προκειμένου να αποτυπώσει ένα ευρύ φάσμα επιρροών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ταξινόμηση των παραγόντων σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς, σωματικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς και υπηρεσιακούς.

Η συστηματική ανασκόπηση σκοπεύει να:

- διερευνήσει τους κύριους ενισχυτικούς και ανασταλτικούς παράγοντες του μητρικού θηλασμού, όπως αναφέρονται στη σύγχρονη βιβλιογραφία,
- αναδείξει τυχόν διαφορές ανά γεωγραφική περιοχή και πολιτισμικό πλαίσιο,
- εξετάσει τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας, των κοινωνικών υποδομών, της οικογένειας, και των προσωπικών παραμέτρων της μητέρας,
- εντοπίσει πιθανά κενά γνώσης ή ελλείμματα στην υποστήριξη του θηλασμού.

2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1. Ποιοι είναι οι βασικοί παράγοντες που διευκολύνουν τον μητρικό θηλασμό;
2. Ποια είναι τα συχνότερα εμπόδια ή παράγοντες που δυσχεραίνουν την έναρξη και συνέχιση του θηλασμού;
3. Ποιες παρεμβάσεις έχουν αναδειχθεί ως αποτελεσματικές στην υποστήριξη του μητρικού θηλασμού;
4. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε πολιτισμικά και κοινωνικά περιβάλλοντα;
5. Ποιος είναι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και δημόσιων υπηρεσιών στην επιτυχία του θηλασμού;

ΕΝΟΤΗΤΑ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα εργασία αποτελεί συστηματική ανασκόπηση, στην οποία ο εντοπισμός, η επιλογή και η αξιολόγηση των ερευνητικών μελετών πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το διάγραμμα PRISMA (PRISMA Flow Diagram, 2020). Για τη διερεύνηση των ερωτημάτων, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, IATROTEK, ScienceDirect, Cochrane, BMJ.

Για την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά breastfeeding, breastfeeding AND (barriers OR hurdles OR determinants), breastfeeding AND interventions, (breastfeeding OR lactation) and challenges, infant AND feeding, breastfeeding AND social support, breastfeeding AND psychological factors, breastfeeding AND public services support, breastfeeding AND physical factors καθώς και οι αντίστοιχοι όροι στην ελληνική γλώσσα.

Στην εργασία αυτή συμπεριληφθήκαν άρθρα τα οποία δημοσιεύτηκαν κατά βάση τα τελευταία 10 χρόνια, στην αγγλική γλώσσα.

3.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ

- Επιστημονικά άρθρα δημοσιευμένα την τελευταία δεκαετία.
- Πλήρες κείμενο διαθέσιμο.
- Άρθρα σε αγγλική ή ελληνική γλώσσα.
- Πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες (ποσοτικές, ποιοτικές ή μικτές) και δευτερογενείς αναλύσεις πρωτογενών δεδομένων εθνικών ή διεθνών ερευνών, εφόσον πληρούν τα κριτήρια ποιότητας και θεματικής συνάφειας.
- Μελέτες που διερευνούν παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη ή/και τη διατήρηση του μητρικού θηλασμού.

3.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

- Ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις, επιστολές προς τον εκδότη, περίληψεις συνεδρίων.
- Άρθρα χωρίς πρόσβαση σε πλήρες κείμενο.

- Μελέτες που εστιάζουν αποκλειστικά σε βιολογικά δεδομένα χωρίς κοινωνικο-οικονομική ή ψυχολογική διάσταση.

3.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ

Η διαδικασία επιλογής έγινε σε τρία στάδια, όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα PRISMA (παρουσιάζεται παρακάτω):

- Αναγνώριση: Τα αποτελέσματα αναζήτησης εισήχθησαν σε λογισμικό διαχείρισης βιβλιογραφίας (Zotero), όπου αφαιρέθηκαν τα διπλότυπα και χρησιμοποιήθηκε εργαλείο αυτοματοποίησης ως προς την επιλεξιμότητα.
- Έλεγχος: Έγινε αρχική επιλογή με βάση τη συνάφεια. Οι αναφορές που ανακτήθηκαν αξιολογήθηκαν πλήρως βάσει των κριτηρίων ένταξης/αποκλεισμού.
- Οριστική ένταξη: Οι τελικές μελέτες εντάχθηκαν στην ανασκόπηση και αξιολογήθηκαν με τα σχετικά εργαλεία CASP.

3.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η ποιότητα των μελετών αξιολογήθηκε με τα εξής εργαλεία, ανάλογα με το είδος τους:

- CASP Qualitative Checklist (για ποιοτικές μελέτες)
- CASP Cohort Study Checklist (για αναδρομικές ή προοπτικές ποσοτικές μελέτες)
- CASP Randomised Controlled Trial Checklist (όπου εφαρμόζεται)

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει εκτίμηση της μεθοδολογικής εγκυρότητας, της αξιοπιστίας, της συνάφειας και της εφαρμοσιμότητας των ευρημάτων. Οι ποιοτικές μελέτες αξιοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το εργαλείο CASP Qualitative Checklist, το οποίο αποτελείται από 10 ερωτήσεις σχετικά με την καταλληλότητα της μεθοδολογίας, του σχεδιασμού των μελετών, της επιλογής του δείγματος και της ανάλυσης των δεδομένων, τον σκοπό των μελετών, τη σχέση μεταξύ ερευνητών και συμμετεχόντων, ηθικά ζητήματα, τη δήλωση των ευρημάτων και την αξία της έρευνας. Οι περισσότερες μελέτες παρουσίασαν υψηλή μεθοδολογική ποιότητα, με σαφή περιγραφή διαδικασιών και επαρκή αιτιολόγηση συμπερασμάτων, ενώ ορισμένες εμφάνισαν περιορισμούς στη διαχείριση της σχέσης ερευνητή–συμμετεχόντων και στη διαφάνεια της ανάλυσης. Η ποιότητα των αναδρομικών και προοπτικών ποσοτικών μελετών αξιολογήθηκε με το εργαλείο CASP Cohort Study Checklist, το οποίο εξετάζει 12 κριτήρια σχετικά με τη σαφήνεια του ερευνητικού ερωτήμα-

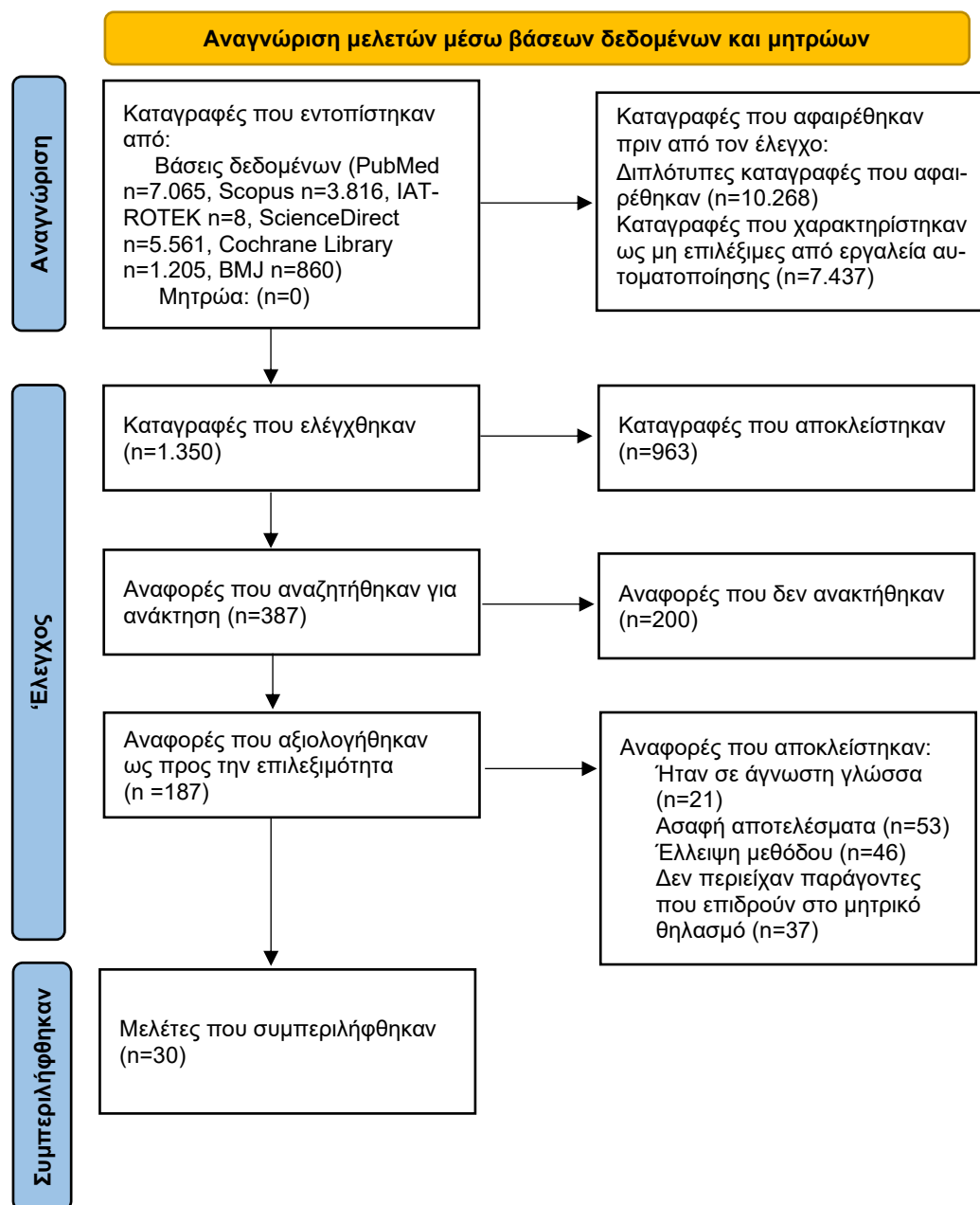
τος, την καταλληλότητα του σχεδιασμού, την εγκυρότητα των μετρήσεων, τη διαχείριση συγχυτικών παραγόντων και την ακρίβεια των αποτελεσμάτων. Με βάση την ανάλυση, οι περισσότερες μελέτες κρίθηκαν ως μέτριας έως υψηλής ποιότητας, παρουσιάζοντας επαρκή εσωτερική εγκυρότητα και ικανοποιητική δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων. Οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές αξιολογήθηκαν με το εργαλείο CASP Randomised Controlled Trial Checklist, το οποίο περιλαμβάνει 11 κριτήρια σχετικά με την εγκυρότητα του σχεδιασμού (τυφλοποίηση, τυχαιοποίηση, παρακολούθηση δείγματος), την ακρίβεια και τη σημασία των αποτελεσμάτων, καθώς και τη δυνατότητα εφαρμογής τους στην πράξη. Η πλειονότητα των μελετών παρουσίασε υψηλή εσωτερική εγκυρότητα και σαφή περιγραφή διαδικασιών, ενώ σε ορισμένες υπήρξαν περιορισμοί σχετικά με τη διαφάνεια της τυφλοποίησης και τη διάρκεια παρακολούθησης.

3.5 ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΕΛΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας, εντάχθηκαν συνολικά 30 πραγματικές μελέτες, που πληρούσαν τα κριτήρια και προέρχονταν από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές (Ευρώπη, ΗΠΑ, Ασία, Αφρική). Οι μελέτες αυτές αποτέλεσαν τη βάση για την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τον μητρικό θηλασμό.

3.6 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ PRISMA

Η εξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του διαγράμματος ροής PRISMA (PRISMA FLOW DIAGRAM, 2020) που ακολουθεί:



ΕΝΟΤΗΤΑ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΒΑΣΗ PRISMA

Η διαδικασία επιλογής των μελετών πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις οδηγίες του διαγράμματος PRISMA. Τα στάδια περιγράφονται ως εξής:

4.1.1 ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε σε έξι βάσεις δεδομένων: PubMed, Scopus, IATROTEK, ScienceDirect, Cochrane Library, BMJ. Χρησιμοποιήθηκαν συνδυασμοί λέξεων-κλειδιών στα Ελληνικά και Αγγλικά, όπως:

- *breastfeeding AND (barriers OR hurdles OR determinants),*
- *(breastfeeding OR lactation) AND challenges,*
- *breastfeeding AND social support,*
- breastfeeding AND interventions,
- breastfeeding AND social support,
- breastfeeding AND psychological factors,
- breastfeeding AND public services support,
- breastfeeding AND physical factors
- και οι αντίστοιχοι όροι στην ελληνική γλώσσα

Αριθμός αρχικών καταγραφών:

- Από βάσεις δεδομένων: PubMed: 7.065, Scopus: 3.816, IATROTEK: 8, ScienceDirect: 5.561, Cochrane Library: 1.205, BMJ: 860
- Σύνολο: 19.055 καταγραφές

Αφαιρέθηκαν 10.268 διπλότυπες εγγραφές με τη βοήθεια Zotero (εργαλείο εντοπισμού επαναλαμβανόμενων καταγραφών). Ακόμη, αφαιρέθηκαν 7.437 καταγραφές που χαρακτηρίστηκαν ως μη επιλέξιμες.

Καταγραφές προς αξιολόγηση τίτλου/περιλήψεων: 1.350

4.1.2 ΕΛΕΓΧΟΣ (τίτλοι/περιλήψεις)

Από την ανάγνωση τίτλων και περιλήψεων αποκλείστηκαν 963 καταγραφές που:

- Δεν αφορούσαν μητρικό θηλασμό.
- Δεν περιλάμβαναν παράγοντες επιρροής.

Μελέτες που προχώρησαν σε ανάκτηση: 387. Από τις 387 αναφορές, οι 200 αποκλείστηκαν καθώς δεν υπήρχε τρόπος ανάκτησης.

Από την πλήρη ανάγνωση των 187 απομεινάντων αναφορών, αποκλείστηκαν οι 157 για τους εξής λόγους:

- Η γλώσσα δεν ήταν αγγλική ή ελληνική στις 21.
- Οι 37 δεν ανέλυαν παράγοντες που διευκολύνουν ή εμποδίζουν τον θηλασμό.
- Στις 46 δεν υπήρχε σαφής μεθοδολογία
- Τα αποτελέσματα που παρουσίαζαν οι 53 ήταν ασαφή.

4.1.3 ΤΕΛΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ

Στην παρούσα ανασκόπηση εντάχθηκαν τελικά 30 μελέτες, οι οποίες:

- Ήταν πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες (ποσοτικές, ποιοτικές ή μικτές) ή δευτερογενείς αναλύσεις πρωτογενών δεδομένων εθνικών ή διεθνών ερευνών ποιοτικά κατάλληλων.
- Δημοσιεύθηκαν την τελευταία δεκαετία.
- Είχαν ελεύθερη πρόσβαση.
- Πληρούσαν τα κριτήρια ποιότητας CASP.
- Και εξέταζαν τουλάχιστον έναν από τους εξής άξονες: σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς ή θεσμικούς παράγοντες.

4.2 ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕΛΕΤΩΝ

Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται όλες οι μελέτες που επιλέχθηκαν για την ανασκόπηση αυτή, καθώς και τα κύρια ευρήματα καθεμίας από αυτές.

ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
A/A	ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ	CASP
1	Apriningsih et al. (2024)	Ινδονησία (Δυτική Ιάβα, Depok)	Παράγοντες που δυσχεραίνουν τον ΑΘ: - Έλλειψη συμβουλευτικής θηλασμού - Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης - Εργασία - Ανεπαρκής γνώση για τα οφέλη του ΑΘ και της πρώιμης έναρξης - Άγχος και φόβος μετάδοσης ιού Παράγοντες που διευκολύνουν τον ΑΘ: - Πρώιμη έναρξη θηλασμού - Υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα - Υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον - Ενημέρωση από επαγγελματίες υγείας - Ιστορικό μόλυνσης από τον ιό - Γέννα σε νοσοκομείο	Διατομεακή μελέτη (Πανδημία COVID19) 206 μητέρες (120 ΑΘ)	Μέτρια Περιορισμοί λόγω διατομεακού σχεδιασμού
2	Awoke & Mulatu (2021)	Αιθιοπία (Sheka Zone, S.W. Ethiopia)	Διευκολυντικοί παράγοντες θηλασμού: - Μητέρες με παιδιά κάτω του 1 μήνα - Δευτεροβάθμια εκπαίδευση - Χαμηλότερο εισόδημα - Λήψη μεταγεννητικής φροντίδας - Γέννα σε κρατικό νοσοκομείο - Διαμονή σε αγροτική περιοχή - Γάμος Αρνητικοί παράγοντες για ΑΘ: - Μητέρες με υψηλότερα εισοδήματα - Τοκετός στο σπίτι - Έλλειψη μεταγεννητικής καθοδήγησης - Η παραδοσιακή αντίληψη ότι το μητρικό γάλα δεν επαρκεί για μεγαλύτερα βρέφη οδήγησε πολλές μητέρες στην πρόωρη εισαγωγή νερού ή υποκατάστατων γάλακτος	Διατομεακή μελέτη κοινότητας 630 μητέρες με βρέφη κάτω των έξι μηνών	Μέτρια Περιορίζεται από το μικρό δείγμα και την περιορισμένη στατιστική ανάλυση
3	Barbosa et al. (2017)	Βραζιλία (Minas Gerais)	Συχνότερες δυσκολίες θηλασμού: - Ανεπαρκής προσκόλληση στο στήθος (25%) - Προβλήματα στους μαστούς (28,3%), όπως ραγάδες, πόνος, ή συμφόρηση 43,5% των βρεφών θήλασαν εντός των πρώτων 30 λεπτών μετά τον τοκετό - Χορήγηση συμπληρωματικής τροφής στο μαιευτήριο	Διατομεακή παρατηρητική μελέτη 276 μητέρες-βρέφη, 3 φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία (1848	Μέτρια

ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
A/A	ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ	CASP
			- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο - Έφηβες μητέρες Προστατευτικός παράγοντας: - Εργασία εκτός σπιτιού	ώρες μετεγχειρητικά)	
4	Colombo et al. (2018)	Ιταλία	Παράγοντες που ενίσχυσαν τη διατήρηση - Προηγούμενη θετική εμπειρία θηλασμού - Υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο μητέρας - Παρακολούθηση προγεννητικών μαθημάτων - Επαφή δέρμα με δέρμα και θηλασμός κατά απαίτηση Παράγοντες που εμπόδισαν ή μείωσαν τη διάρκεια - Προχωρημένη μητρική ηλικία (>35 ετών) - Καισαρική ή επεμβατικός τοκετός - Αντίληψη ανεπαρκούς γάλακτος - Μαστίτιδα και ραγάδες θηλών - Χρήση πιπίλας - Δυσκολίες πρόσφυσης - Αντίληψη ανεπαρκούς γάλακτος Η μεγαλύτερη πτώση στα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού παρατηρήθηκε μεταξύ εξόδου και 15 ημερών	Προοπτική Παρατηρητική Μελέτη 746 μητέρες και βρέφη (640 ολοκληρώσαν)	Μέτρια
5	Cromi et al. (2015)	Ιταλία (Varese)	Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ήταν ο μόνος ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας για πρώιμη διακοπή θηλασμού εντός των πρώτων 6 εβδομάδων	Αναδρομική μελέτη περιστατικών - μαρτύρων 94 μητέρες με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή + 94 γυναίκες ελέγχου με φυσιολογική σύλληψη	Μέτρια
6	Dagla et al. (2021)	Ελλάδα (Αθήνα)	Η ποσοτική ένταση της μαιευτικής υποστήριξης συσχετίστηκε θετικά με αυξημένη πιθανότητα ΑΘ στους 6 μήνες και μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού Παράγοντες που ενίσχυσαν τη διάρκεια του ΑΘ: Γυναίκες με φυσιολογική ψυχική κατάσταση (χωρίς άγχος, κατάθλιψη)	Μη τυχαίοι ποιεμένη ελεγχόμενη παρέμβαση 1.080 γυναίκες (12-μηνο	Μέτρια

ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
A/A	ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ	CASP
			- Φυσιολογική σύλληψη - Αποχή από κάπνισμα - Φυσιολογικός τοκετός - Βάρος γέννησης μεγαλύτερο από 3.500gr - Υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο - Φυσική δραστηριότητα - ΑΘ στο μαιευτήριο και τον πρώτο μήνα Τα νεογνά που δεν χρειάστηκαν εισαγωγή σε μονάδα εντατικής νοσηλείας είχαν 11% μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν	πρόγραμμα, 2014–2019)	
7	Dahie et al. (2024)	Σομαλία (Μογκαντίσου)	Αιτίες μη αποκλειστικού θηλασμού: - Αντίληπτή ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος - Επαγγελματικές υποχρεώσεις - Προβλήματα υγείας μητέρας/βρέφους - Εγκυμοσύνη κατά τη διάρκεια του θηλασμού Προστατευτικοί παράγοντες ΑΘ: - Έγγαμες μητέρες - Μητέρες χωρίς τυπική εκπαίδευση ή με πρωτοβάθμια εκπαίδευση - Μητέρες νοικοκυρές - Πατέρες με δευτεροβάθμια εκπαίδευση - Παρακολούθηση μαθημάτων προγεννητικής φροντίδας - Λήψη μεταγεννητικής συμβουλευτικής - Αρσενικό φύλο μωρού - Ηλικία βρέφους κάτω των τριών μηνών	Διατομεακή μελέτη σε νοσοκομείο 345 μητέρες βρεφών κάτω των 6 μηνών	Μέτρια
8	Gianni et al. (2019)	Ιταλία	Τύποι δυσκολιών θηλασμού αναδείχθηκαν: - Αντίληψη ανεπαρκούς γάλακτος - Πόνος - Κόπωση - Υπερφόρτωση μαστών - Ανεπαρκής ανάπτυξη βρέφους - Λανθασμένη προσκόλληση - Αντίληψη χαμηλής διατροφικής αξίας γάλακτος - Μαστίτιδα - Επιστροφή στην εργασία Προστατευτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν: - Φυσιολογικός τοκετός	Προοπτική Παρατηρητική Μελέτη 792 μητέρες-βρέφη (552 ολοκληρώσαν)	Μέτρια

ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
A/A	ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ	CASP
			Θετική και επαρκής υποστήριξη μετά την έξοδο από το νοσοκομείο		
9	Gross et al. (2019)	ΗΠΑ (Νέα Υόρκη)	Η επισιτιστική ανασφάλεια οδηγεί σε μειωμένη αποκλειστικότητα και διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Αρνητικές αντιλήψεις που δρουν ως ανασταλτικοί παράγοντες θηλασμού: - Η ανεπαρκής διατροφή της μητέρας οδηγεί σε χαμηλής ποιότητας μητρικό γάλα - Το στρες και τα αρνητικά συναισθήματα “περνούν” στο βρέφος μέσω του γάλακτος - Ανεπαρκής παραγωγή γάλακτος	Ποιοτική μελέτη 100 χαμηλού εισοδήματος Ισπανόφωνες μητέρες	Μέτρια
10	Gutierrez-de-Terán-Moreno et al. (2022)	Ισπανία (Χώρα των Βάσκων)	Παράγοντες που σχετίζονται με χαμηλά ποσοστά θηλασμού: - Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη - Αναιμία στην εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό - Αναλγησία κατά τον τοκετό - Χορήγηση φόρμουλας στο μαιευτήριο - Χρήση πιπίλας και ψευδοθηλής Παράγοντες που ενισχύουν το θηλασμό: - Υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο - Καταγωγή από άλλη χώρα - Άνεση με δημόσιο θηλασμό - Προγεννητική πρόθεση θηλασμού - Παρακολούθηση μαθημάτων προγεννητικής εκπαίδευσης - Παρουσία συντρόφου στην εκπαίδευση θηλασμού	Προοπτική Παρατηρητική Μελέτη 401 έγκυες με πρόθεση θηλασμού (παρακολούθηση 12 μηνών)	Μέτρια
11	Huang et al. (2017)	Κίνα (Chengdu, 3 νοσοκομεία)	Παράγοντες που σχετίζονται με μη επιτυχή θηλασμό: - Έλλειψη κατανόησης των ωφελειών του θηλασμού - Μήκος νεογνού - Χρήση πιπίλας - Ανάγκη για οικογενειακή υποστήριξη - Πίεση οικογενειακού περιβάλλοντος Προστατευτικοί παράγοντες θηλασμού: - Προγεννητική εκπαίδευση - Ενημέρωση για τα οφέλη του θηλασμού	Διατομεακή πολυκεντρική μελέτη 420 γυναίκες αρχή εγκυμοσύνης, 420 εισαγωγή στο μαιευτήριο, 420 έξοδο μετά τον τοκετό	Μέτρια

ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
A/A	ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ	CASP
12	Javorski et al. (2018)	Βραζιλία (Recife)	- Η χρήση εκπαιδευτικής τεχνολογίας βασισμένης στη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας του Bandura αύξησε σημαντικά την αυτοπεποίθηση των μητέρων και τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού. - Το flipchart ως εργαλείο παρέμβασης αποδείχθηκε αποτελεσματικό στην ενδυνάμωση των μητέρων και στη μείωση της πρώιμης διακοπής του θηλασμού.	Τυχαιοποιημένη Κλινική Δοκιμή (RCT – flipchart εκπαιδευτική τεχνολογία) 112 έγκυες (56 παρέμβαση, 56 έλεγχος)	Υψηλή
13	Jiravisitkul et al. (2022)	Ταϊλάνδη	Παράγοντες που υποστηρίζουν το θηλασμό: - Καισαρική τομή - Θετικές στάσεις συναδέλφων και προϊσταμένων - Ύπαρξη παιδικού σταθμού στον εργασιακό χώρο - Πρόσβαση σε συμβουλευτικές υπηρεσίες θηλασμού - Επαρκής άδεια μητρότητας - Άμεσος θηλασμός - Οικογενειακή υποστήριξη, κυρίως από τον σύζυγο Κύρια εμπόδια: - Έλλειψη ιδιωτικών χώρων και εξοπλισμού για άντληση και αποθήκευση γάλακτος - Απουσία διαλειμμάτων για άντληση - Φόρτος εργασίας και άγχος, ειδικά κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19 Ειδική επίδραση της πανδημίας COVID-19: - Ο αυξημένος φόρτος εργασίας, και η αναστολή λειτουργίας των κλινικών γαλουχίας δυσχέραναν τον θηλασμό - Ορισμένες γυναίκες επωφελήθηκαν από την τηλεργασία και την παραμονή στο σπίτι	Μικτή μέθοδος (Διατομεακή, περιγραφική έρευνα με δομημένο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο και ποιοτική φάση με ομαδική συζήτηση εστίασης) 65 ερωτηματολόγια και 7 συμμετέχουσες σε ομαδική συζήτηση εστίασης	Μέτρια

ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
A/A	ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ	CASP
14	Karaahmet & Bilgiç (2022)	Τουρκία	Η εκπαίδευση και συμβουλευτική θηλασμού μέσω διαδικτύου μετά από καισαρική βελτίωσε σημαντικά την αυτο-αποτελεσματικότητα, την επιτυχία και τη διάρκεια του θηλασμού, καθώς και τις σωματικές αναλογίες των βρεφών.	Τυχαιοποιημένα, μονό-τυφλη, ελεγχόμενη κλινική δοκιμή 151 πρωτότοκες με καισαρική (76 παρέμβαση, 75 έλεγχος)	Υψηλή
15	Lesorogol et al. (2018)	Αϊτή	Ο αποκλειστικός θηλασμός στις αστικές φτωχές κοινότητες της Αϊτής επηρεάζεται βαθιά από οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η εργασία, η φτώχεια, και η έλλειψη τροφίμων περιορίζουν τις δυνατότητες των γυναικών να θηλάζουν αποκλειστικά, αλλά ταυτόχρονα, σε ακραία σενάρια φτώχειας, οδηγούν σε θηλασμό από ανάγκη.	Μικτή Μέθοδος 589 μητέρες βρέφη (ποσοτικό μέρος) & 29 συνεντεύξεις	Μέτρια
16	Magnazi et al. (2022)	Ισραήλ	Παράγοντες που παρέτειναν το ΜΘ κατά την πανδημία: - Η αντίληψη ότι ο θηλασμός προστατεύει από λοιμώξεις (70%) - Η αυξημένη διαθεσιμότητα της μητέρας στο σπίτι (66%) - Το αγχολυτικό αποτέλεσμα του θηλασμού (33%) - Οικονομικοί λόγοι (14%) Παράγοντες που συνέβαλαν στη μείωση της διάρκειας του ΜΘ: - Έλλειψη χρόνου λόγω άλλων παιδιών στο σπίτι - Στρες και φόβος - Μεταβολές διάθεσης - Έλλειψη συμβουλευτικής υποστήριξης	Διατομεακή μελέτη (δικτυακό ερωτηματολόγιο κατά την πανδημία) 580 θηλάζουσες μητέρες	Μέτρια
17	Muluneh (2023)	Αιθιοπία (EDHS 2016 national)	Θετικοί προσδιοριστές ΑΘ: - Μικρότερη ηλικία βρέφους - Μητέρες ηλικίας 25–34 ετών - Μητέρες με δευτεροβάθμια ή ανώτερη εκπαίδευση - Σύζυγοι με δευτεροβάθμια ή ανώτερη εκπαίδευση - Γέννα σε νοσηλευτικό ίδρυμα - Πρόσβαση σε μέσα μαζικής ενημέρωσης - Γάμος Αρνητικοί προσδιοριστές ΑΘ:	Δευτερογενής ανάλυση της Εθνικής Δημογραφικής και Υγειονομικής Έρευνας (EDHS) του 2016	Υψηλή

ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
A/A	ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ	CASP
			- Μητέρες με υψηλότερο οικονομικό επίπεδο - Διαμονή σε αγροτική περιοχή - Μεγαλύτερος αριθμός παιδιών - Μειωμένη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες - Εισαγωγή συμπληρωματικών τροφών πριν τους 6 μήνες Έντονες περιφερειακές διαφοροποιήσεις σχετικά με τον ΑΘ	1.066 μητέρες με βρέφη κάτω των 6 μηνών	
18	Nabulsi et al. (2019)	Λίβανος (Βηρυτός)	- Το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού στους 6 μήνες ήταν 35,2% στην ομάδα παρέμβασης έναντι 28,1% στην ομάδα ελέγχου - Οι μητέρες της ομάδας παρέμβασης εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία γνώσεων για τον θηλασμό στους 6 μήνες - Μεγαλύτερη διάρκεια προηγούμενου θηλασμού και λιγότερα παιδιά συσχετίστηκαν με αυξημένη πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού στους 6 μήνες	Τυχαιοποιημένη Κλινική Δοκιμή 362 έγκυες γυναίκες (174 παρέμβαση, 188 έλεγχος)	Υψηλή
19	Nilsson et al. (2017)	Δανία	Ένα εστιασμένο πρόγραμμα συμβουλευτικής θηλασμού σε περιβάλλον πρώιμης εξόδου μπορεί: - να μειώσει τις εισαγωγές νεογνών στο νοσοκομείο - να αυξήσει τη συχνότητα θηλασμού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού - να ενισχύσει τη συμμετοχή των πατέρων - να προάγει την υγιή φυσιολογία της γαλουχίας	Τυχαιοποιημένη μελέτη συστάδων 3.541 μητέρες (2.065 στην ομάδα παρέμβασης, 1.476 στην ομάδα ελέγχου)	Υψηλή
20	Panahi et al. (2022)	Ιράν (Karraj)	Η εκπαίδευση των πατέρων: - ενίσχυσε σημαντικά τη δική τους εμπλοκή - βελτίωσε τις πρακτικές θηλασμού των μητέρων - αύξησε τη διάρκεια και τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού	Τυχαιοποιημένη Κλινική Δοκιμή (RCT – πατρική εκπαίδευση) 76 πατέρες (38 παρέμβαση, 38 έλεγχος)	Υψηλή
21	Patel et al. (2015)	Κένυα, Ζάμπια, Ινδία	Παράγοντες που εμπόδισαν την πρώιμη έναρξη θηλασμού: - Καισαρική τομή - Πρόωρο ή χαμηλού βάρους νεογνό (<2500g)	Πληθυσμιακή Προ-	Μέτρια

ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
A/A	ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ	CASP
		Πακιστάν, Αργεντινή, Γουατεμάλα	- Απουσία επαφής μητέρας-νεογνού μετά τον τοκετό - Ανάγκη ανάνηψης του βρέφους - Πρωτοτοκία - Αρσενικό φύλο βρέφους Παράγοντες που συνδέθηκαν με μειωμένο ΑΘ: - Πολύδυμη κύηση - Ηλικία μητέρας <20 ή >35 ετών - Πρώτη εγκυμοσύνη - Καισαρική Τομή - Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο - Καθυστερημένη έναρξη θηλασμού - Καθυστέρηση πρώτης προγεννητικής επίσκεψης Προστατευτικοί παράγοντες: - Επαφή δέρμα-με-δέρμα αμέσως μετά τον τοκετό - Φυσιολογικός τοκετός - Προγεννητική φροντίδα κατά το πρώτο τρίμηνο - Παραδοσιακή μαία στη γέννα	οπτική Κοορτή (Δευτερογενής Ανάλυση) 255.495 μητέρες-βρέφη (Υπο-δείγμα 105.563 για EBF)	
22	Reno et al. (2022)	ΗΠΑ (Νέα Υόρκη & Πίτσμπουργκ)	- Η ανασφάλεια στέγασης σχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερη αποκλειστικότητα θηλασμού στους 6 μήνες Διαφοροποιήσεις ανά τόπο και φυλή/εθνικότητα: - Στη Νέα Υόρκη (κυρίως Λατίνες μητέρες) ο συνωστισμός στο σπίτι λειτούργησε προστατευτικά για το θηλασμό - Στο Πίτσμπουργκ (κυρίως Αφροαμερικανές μητέρες), ο συνωστισμός λειτούργησε ως εμπόδιο	Δευτερογενής ανάλυση προοπτικής κοορτής 361 μητέρες-βρέφη	Μέτρια
23	Ross et al. (2025)	ΗΠΑ (Βόρεια Ντακότα)	Συχνότερα εμπόδια θηλασμού: - Ανεπαρκής παραγωγή γάλακτος (56%) - Δυσκολία του βρέφους να προσκολληθεί στο στήθος (33%) - Αίσθηση ότι το γάλα δεν επαρκεί για το μωρό (≈30%). Ειδικά για τις Αμερικανίδες Ινδιάνες: - Οικογενειακές ευθύνες - Ίκτερος νεογνού - Ανησυχία για το βάρος του μωρού	Δευτερογενής ανάλυση PRAMS 11.754 μητέρες (PRAMS 2017–2020, σταθμισμένο)	Μέτρια
24	Shafaei et al. (2020)	Ιράν	Προβλήματα που αποτρέπουν το θηλασμό: - Πληγές στις θηλές, πόνος και συμφόρηση μαστού - Αντίληψη ανεπαρκούς γάλακτος Η προγεννητική συμβουλευτική:	Τυχαιοποιημένη Κλινική Δοκιμή 108 εγκυμονούσες (54	Υψηλή

ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
A/A	ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ	CASP
			- Ενισχύει την ψυχολογική ετοιμότητα των μητέρων για θηλασμό - Μειώνει την εμφάνιση κοινών προβλημάτων θηλασμού	παρέμβαση, 54 έλεγχος)	
25	Shobo et al. (2020)	Νιγηρία (Gombe State)	Παράγοντες που εμποδίζουν την έγκαιρη έναρξη του θηλασμού: - Άρνηση αποδοχής "ασφαλών" παραδοσιακών πρακτικών - Έλλειψη προσωπικού και καθυστερήσεις στη φροντίδα - Έλλειψη ιδιωτικότητας στους θαλάμους και επίσκεψη συγγενών - Κόπωση και πόνος μετά τον τοκετό - Πολιτισμικές αντιλήψεις καθαριότητας (πλύσιμο στήθους) Διευκολυντικοί παράγοντες: - Άμεση επαφή δέρμα με δέρμα μετά τον τοκετό - Εκπαίδευση κατά την εγκυμοσύνη σχετικά με τη σημασία του άμεσου θηλασμού - Ενεργή υποστήριξη από το προσωπικό υγείας - Καλή επικοινωνία μεταξύ μητέρας και μαιάς κατά τον τοκετό	Μικτή μέθοδος Παρατήρηση 393 μητέρων μετά τον τοκετό, 27 συνεντεύξεις μητέρων και 16 συνεντεύξεις επαγγελματιών υγείας	Υψηλή - Ισχυρός Σχεδιασμός, περιορισμένη γενικευσιμότητα
26	Souza et al. (2020)	Βραζιλία (Σάο Πάολο, ιατρικό μαιευτήριο)	Η χρήση οπτικοακουστικών και πρακτικών μέσων αύξησε τη δεξιότητα των γυναικών ως προς τη σωστή τοποθέτηση του βρέφους, την άντληση, τη διαχείριση του γάλακτος και την πρόληψη τραυματισμών Οι μητέρες που συμμετείχαν στην παρέμβαση: - είχαν υψηλότερα ποσοστά ΑΘ - παρουσίασαν λιγότερες δυσκολίες Δυσκολίες θηλασμού: - Ευαισθησία/πόνος στις θηλές, πληγές, συμφόρηση μαστών, ανησυχία για ανεπαρκές γάλα και απώλεια βάρους βρέφους	Τυχαιοποιημένη Κλινική Δοκιμή 104 λεχώιδες (52 παρέμβαση, 52 έλεγχος)	Υψηλή Ισχυρός πειραματικός σχεδιασμός, περιορισμός στη γενικευσιμότητα
27	Spyrakou et al. (2022)	Ελλάδα (Εθνική Έρευνα HNNHS)	Παράγοντες που μειώνουν την πιθανότητα έναρξης θηλασμού: - Χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο μητέρας - Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη - Καισαρική τομή - Πρωωρότητα και χαμηλό βάρος γέννησης Παράγοντες που συνδέονται με μικρότερη διάρκεια θηλασμού: - Κάπνισμα στην εγκυμοσύνη - Διαμονή σε αγροτικές περιοχές - Καισαρική τομή - Πρωωρότητα	Δευτερογενής ανάλυση εθνικής διατομεακής έρευνας (HNNHS 2013-2015) 490 μητέρες με 958 παιδιά	Μέτρια
28	Tavoulari et al. (2016)	Ελλάδα (Αθήνα)	Παράγοντες που ευνοούν τη μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού: Υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Προοπτική κοορτή	Μέτρια

ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ					
A/A	ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ	CASP
			- Καθεστώς μετανάστριας - Πρώιμη υιοθέτηση ΑΘ Παράγοντες που μειώνουν τη διάρκεια θηλασμού: - Κάπνισμα κατά τη λοχεία - Χρήση πιπίλας - Κακή ψυχολογία μητέρας (άγχος, μεταπτώσεις διάθεσης) - Αντιληπτή ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος	428 μητέρες, 438 βρέφη και 1.665 συνεντεύξεις	
29	Tuthill et al. (2020)	Κένυα (Nyanza Pith Moromo cohort)	Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρης διακοπής του θηλασμού: - Πείνα - Ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης Παράγοντες που μειώνουν την πιθανότητα πρόωρης διακοπής του θηλασμού: - Λοίμωξη από HIV	Επιμήκης παρατηρητική κοορτή 275 έγκυες/θηλάζουσες (5 επισκέψεις)	Μέτρια
30	Zhang et al. (2023)	Κίνα (4 νοσοκομεία, Beijing, Sichuan, Shaanxi, Ningxia)	- Τα ποσοστά έναρξης θηλασμού αυξήθηκαν αναλογικά με τη διάρκεια της επαφής “δέρμα με δέρμα” - Τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού στην έξοδο ήταν επίσης υψηλότερα στις ομάδες παρέμβασης	Πολυκεντρική Τυχαιοποιημένη Κλινική Δοκιμή 659 γυναίκες (173 ομάδα ελέγχου, 176 ομάδα παρέμβασης 30', 146 ομάδα παρέμβασης 60', 164 ομάδα παρέμβασης 90')	Υψηλή

4.3 ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η κατηγορία των σωματικών παραγόντων περιλαμβάνει φυσιολογικά, βιολογικά και ιατρικά χαρακτηριστικά της μητέρας και του βρέφους που επηρεάζουν τη δυνατότητα και τη διάρκεια του θηλασμού. Στην παρούσα θεματική ενότητα, οι μελέτες ανέδειξαν σημαντικούς παράγοντες που ενισχύουν ή αναστέλλουν τον θηλασμό, βασιζόμενοι σε βιολογικούς δείκτες.

4.3.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η άμεση επαφή δέρμα με δέρμα και η γρήγορη έναρξη του θηλασμού είναι σημαντικοί βιολογικοί παράγοντες που διευκολύνουν την επιτυχία. Πολλές διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι η έναρξη μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό αυξάνει την πιθανότητα επιτυχούς θηλασμού και μακροχρόνιας διατήρησής του (Apriningsih et al., 2024; Barbosa et al., 2017; Colombo et al., 2018; Patel et al., 2015). Στη μελέτη των Zhang et al. (2023), η παρατεταμένη επαφή πάνω από 60 λεπτά μετά από καισαρική πενταπλασίασε την έγκαιρη έναρξη θηλασμού, η οποία διατηρήθηκε έως την έξοδο από το μαιευτήριο. Ομοίως, η μελέτη των Nilsson et al. (2017), κατά την οποία οι μητέρες ενθαρρύνθηκαν να εφαρμόσουν παρατεταμένη επαφή δέρμα με δέρμα και συχνό θηλασμό, επιβεβαιώνει ότι η συχνή σωματική επαφή και η παραμονή του βρέφους στο δωμάτιο της μητέρας ενισχύουν την επιτυχία και τη διάρκεια του θηλασμού.

Η καλή φυσική κατάσταση της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη, η απουσία σωματικών προβλημάτων (Barbosa et al., 2017; Colombo et al., 2018; Dahie et al., 2024; Gianni et al., 2018; Souza et al., 2020), καθώς και ο φυσιολογικός τοκετός (Colombo et al., 2018; Dagla et al., 2021; Gianni et al., 2019; Patel et al., 2015), συσχετίζονται επίσης, με υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού. Αντίθετα, μόνο σε μία μελέτη, η καισαρική τομή αναδείχθηκε ως προστατευτικός παράγοντας του μητρικού θηλασμού (Jiravisitkul et al., 2022).

Η μόλυνση της μητέρας από κάποιον ιό φαίνεται να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας για τον μητρικό θηλασμό. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι η μητέρα με λοίμωξη HIV έχει 60.4% μικρότερη πιθανότητα να διακόψει τον θηλασμό (Tuthill et al., 2020). Επιπλέον, ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι το ιστορικό λοίμωξης από τον ιό SARS-CoV-2 αυξάνει τη διάρκεια του θηλασμού (Apriningsih et al., 2024; Magnazi et al., 2022). Ακόμη, η ηλικία της μητέρας φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την έναρξη και διατήρηση του θηλασμού. Οι γυναίκες ηλικίας 25-35 ετών παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ΑΘ (Colombo et al., 2018; Muluneh, 2023; Patel et al., 2015).

Σε ορισμένες μελέτες διαπιστώθηκε ότι ο θηλασμός επηρεάζεται από χαρακτηριστικά του νεογνού, όπως η ηλικία και το μήκος. Όσο πιο μικρή ηλικία έχει το βρέφος τόσο μεγαλύτερα είναι τα ποσοστά μητέρων που θηλάζουν (Muluneh, 2023). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι μητέρες με παιδιά κάτω του ενός μήνα έχουν 34,9 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να θηλάζουν αποκλειστικά σε σύγκριση με εκείνες που έχουν βρέφη 5-6 μηνών (Awoke & Mulatu, 2021). Ταυτόχρονα, σε μελέτη στη Σομαλία, παρατηρήθηκε ότι τα βρέφη κάτω των τριών μηνών εμφανίζουν 1.6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού σε σχέση με τα μεγαλύτερα (Dahie et al., 2024).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η πρωτοτοκία και η ύπαρξη λιγότερων παιδιών σε μια οικογένεια αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που προάγουν το μητρικό θηλασμό (Magnazi et al., 2022; Muluneh, 2023). Ακόμη, η φυσιολογική σύλληψη σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα διατήρησης του ΑΘ (Dagla et al., 2021). Από την άλλη, ένα ενδιαφέρον εύρημα είναι η σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και θηλασμού, καθώς οι γυναίκες που συμμετέχουν σε τουλάχιστον επτά μαθήματα άσκησης κατά την εγκυμοσύνη παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού (Dagla et al., 2021).

4.3.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αντίθετα, διάφορες σωματικές και ιατρικές καταστάσεις μπορούν να λειτουργήσουν ανασταλτικά για την επιτυχία του θηλασμού. Οι βασικοί σωματικοί παράγοντες που αναδείχθηκαν περιλαμβάνουν προβλήματα στους μαστούς, όπως, μαστίτιδα, ρωγμές, συμφόρηση, ο πόνος, η κόπωση και οι τεχνικές δυσκολίες πρόσφυσης του βρέφους στη θηλή (Barbosa et al., 2017; Colombo et al., 2018; Gianni et al., 2019; Ross et al., 2025; Shafaei et al., 2020; Shobo et al., 2020; Souza et al., 2020). Οι μητέρες που αναφέρουν τέτοιες δυσκολίες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να διακόψουν πρόωρα τον θηλασμό. Πιο συγκεκριμένα, η δυσκολία πρόσφυσης του νεογνού στο στήθος σχετίζεται με 75% χαμηλότερη πιθανότητα θηλασμού στους δύο μήνες και 81% χαμηλότερη πιθανότητα στους τέσσερις μήνες (Ross et al., 2025).

Η καισαρική τομή και ο επεμβατικός τοκετός έχουν αναδειχθεί σε πολλές μελέτες ως παράγοντες που επιβραδύνουν την έναρξη και μειώνουν τη διάρκεια του θηλασμού (Patel et al., 2015; Spyrahou et al., 2022; Colombo et al., 2018). Στην Ιταλία (Gianni et al., 2019) και στην Ελλάδα (Spyrahou et al., 2022), φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τα ποσοστά γυναικών που θηλάζουν αποκλειστικά, εύρημα που επιβεβαιώνεται και σε χώρες όπως η Κένυα, η Ζάμπια, η Ινδία, το Πακιστάν, η Αργεντινή και η Γουατεμάλα (Patel et al., 2015).

Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη ή τη γαλουχία συσχετίζεται αρνητικά με την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού (Dagla et al., 2021; Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022; Spyrahou et al., 2022; Tavoulari et al., 2016). Ειδικότερα, η μελέτη Gutierrez-de-Terán-Moreno et al. (2022), διαπίστωσε ότι το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη επηρεάζει αρνητικά τη συνέχιση του θηλασμού τον πρώτο μήνα. Ακόμη, στην Ελλάδα βρέθηκε ότι οι μητέρες που καπνίζουν κατά τη λοχεία έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να διακόψουν τον θηλασμό νωρίς (Spyrahou et al., 2022).

Η χρήση πιπίλας, ψευδοθηλής και η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στα βρέφη οδηγεί σε μείωση της συχνότητας θηλασμού, ιδίως στις πρώτες εβδομάδες (Barbosa et al., 2017; Colombo et al., 2018; Dagla et al., 2021; Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022; Huang

et al., 2017; Tavoulari et al., 2016). Ειδικότερα, τα βρέφη που λαμβάνουν συμπληρωματική διατροφή κατά τη διαμονή τους στο μαιευτήριο, εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στο θηλασμό (Barbosa et al., 2017). Στη μελέτη Colombo et al. (2018), η χρήση πιπίλας αυξανόταν με την πάροδο του χρόνου, από 8,4% στην έξοδο έως 47,6% στις 90 ημέρες γέννησης του βρέφους, σχετιζόμενη με σταδιακή μείωση του ΑΘ.

Από μια διαφορετική οπτική, σημαντικοί ανασταλτικοί παράγοντες για το νεογνό είναι η προωρότητα το χαμηλό βάρος γέννησης και το μήκος του νεογνού (Dagla et al., 2021; Patel et al., 2015; Spyragou et al., 2022; Huang et al., 2017). Πιο συγκεκριμένα, η προωρότητα σχετίζεται με σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες αποχής από το θηλασμό και με μείωση της διάρκειας κατά 47 ημέρες (Spyragou et al., 2022). Εξίσου σημαντικοί παράγοντες αποτελούν η ύπαρξη προβλημάτων υγείας του νεογνού, η ανάγκη ανάνηψης και η εισαγωγή στη ΜΕΝΝ (Dagla et al., 2021; Dahie et al., 2024; Patel et al., 2015; Ross et al., 2025). Αναλυτικότερα, η ύπαρξη ίκτερου συνδέεται με χαμηλότερη πιθανότητα συνέχισης του θηλασμού στους 2 και 4 μήνες (Ross et al., 2025), ενώ η ανάγκη ανάνηψης εμποδίζει την πρώιμη έναρξη του θηλασμού σε πολλές γυναίκες (Patel et al., 2015). Επιπρόσθετα, τα νεογνά στα οποία κρίνεται αναγκαία η εισαγωγή στη ΜΕΝΝ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να μην θηλάσουν (Dagla et al., 2021). Στη μελέτη Gianni et al. (2019), ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες αυξημένου κινδύνου για μη αποκλειστικό θηλασμό στους 3 μήνες ήταν η ανεπαρκής ανάπτυξη του βρέφους.

Άλλοι σωματικοί παράγοντες που μπορούν να εμποδίσουν τον θηλασμό περιλαμβάνουν την αναιμία και τη χρήση αναλγητικών κατά τον τοκετό (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022). Ακόμη, η τεχνητή γονιμοποίηση φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για πρώιμη διακοπή θηλασμού εντός των πρώτων 6 εβδομάδων (Cromi et al., 2015). Τέλος, η πολύδυμη κύηση αναγνωρίστηκε ως ο μοναδικός παράγοντας που συσχετίζεται με μειωμένο αποκλειστικό θηλασμό σε όλες τις χώρες σύμφωνα με τη μελέτη Patel et al. (2015).

4.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν σημαντική επίδραση στη στάση, την πρόθεση και τη συνέπεια των μητέρων σχετικά με το θηλασμό. Η ανασκόπηση των μελετών δείχνει ότι η ψυχική ευεξία, η αυτοπεποίθηση, η συναισθηματική υποστήριξη και η διαχείριση του στρες επηρεάζουν τόσο την έναρξη όσο και τη διάρκεια της γαλουχίας. Τα θετικά συναισθήματα και η ενίσχυση της μητέρας συμβάλλουν στη διατήρηση της δέσμευσής της στον θηλασμό, ενώ το άγχος ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να οδηγήσουν σε πρόωρη διακοπή.

4.4.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ένα από τα πιο συχνά ευρήματα είναι ο ρόλος της αυξημένης αυτοπεποίθησης και αυτοαποτελεσματικότητας στον θηλασμό. Οι γυναίκες με υψηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης είναι πιο πιθανό να πετύχουν στον θηλασμό και να διατηρήσουν τον αποκλειστικό θηλασμό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Colombo et al., 2018; Karaahmet & Bilgiç, 2022; Shafaei et al., 2020; Souza et al., 2020). Παράλληλα, με την αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας, σχεδόν διπλασιάζεται ο αποκλειστικός θηλασμός στους 2-3 μήνες (Javorski et al., 2018; Nabulsi et al., 2019). Ακόμη, στη μελέτη Tuthill et al. (2020), βρέθηκε ότι κάθε αύξηση κατά 10 μονάδες στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας (0–56) συνδέθηκε με 20% μείωση στον κίνδυνο διακοπής του αποκλειστικού θηλασμού. Αντίθετα, η χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα συνδέεται με μειωμένα ποσοστά γυναικών που διατηρούν το θηλασμό (Apriningsih et al., 2024).

Επιπρόσθετα, η ψυχολογική ετοιμότητα, όπως η εσωτερική πεποίθηση της μητέρας ότι μπορεί να τα καταφέρει, αποτελεί σημαντικό διευκολυντή (Karaahmet & Bilgiç, 2022). Ακόμη, ο θηλασμός παρατείνεται όταν οι γυναίκες τον εκλαμβάνουν ως μέσο ψυχολογικής αποσυμφόρησης και αγχώλυσης (Magnazi et al., 2022).

Η προγεννητική και μεταγεννητική ψυχολογική ενδυνάμωση διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Σε μελέτες που εξέτασαν την επίδραση εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που συμμετέχουν σε ομάδες εκπαίδευσης θηλασμού, συμβουλευτικές συνεδρίες ή προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης έχουν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού και λιγότερα αισθήματα αποτυχίας ή αμφιβολίας (Colombo et al., 2018; Javorski et al., 2018; Karaahmet & Bilgiç, 2022; Nabulsi et al., 2019; Shafaei et al., 2020; Tuthill et al., 2020).

Η πρόθεση για θηλασμό πριν τον τοκετό φαίνεται να έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς σε μια έρευνα αναφέρθηκε ως σημαντικός προγνωστικός δείκτης. Οι γυναίκες που εκφράζουν ισχυρή πρόθεση να θηλάσουν κατά την εγκυμοσύνη είναι πιθανότερο να αρχίσουν και να συνεχίσουν το θηλασμό (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022).

Τέλος, μελέτες που εξέτασαν την ψυχολογική κατάσταση σε γυναίκες με προηγούμενη εμπειρία θηλασμού δείχνουν ότι η επιτυχής εμπειρία λειτουργεί προστατευτικά. Η θετική εμπειρία θηλασμού κάνει τη μητέρα πιο πρόθυμη να ξεκινήσει αλλά και να συνεχίσει το θηλασμό (Colombo et al., 2018; Faral et al., 2023; Nabulsi et al., 2019). Συγκεκριμένα, οι μητέρες με προηγούμενη θετική εμπειρία θηλασμού έχουν πάνω από διπλάσια πιθανότητα να συνεχίσουν τον αποκλειστικό θηλασμό (Colombo et al., 2018).

4.4.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αντίθετα, το άγχος και η ψυχολογική δυσφορία έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν σημαντικά την πιθανότητα θηλασμού. Αναλυτικότερα, το άγχος και η ψυχολογική πίεση που προκύπτει από την αβεβαιότητα στέγασης επηρεάζουν αρνητικά την πρόθεση των γυναικών που κατοικούν σε αστικές περιοχές να θηλάσουν (Reno et al., 2022). Επίσης, πολλές μητέρες έχουν την πεποίθηση ότι το στρες και τα αρνητικά συναισθήματα “περνούν” στο βρέφος μέσω του μητρικού γάλακτος, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν το θηλασμό όταν αισθάνονται άγχος ή λύπη (Gross et al., 2019).

Επιπλέον, στη μελέτη Magnazi et al. (2022), η οποία εξέτασε τον αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 στις πρακτικές του μητρικού θηλασμού στο Ισραήλ, διαπιστώθηκε ότι το 34% των γυναικών που περιορίζουν ή διακόπτουν τον θηλασμό αναφέρουν έντονο στρες και φόβο, ενώ το 27% δηλώνουν διαταραχές διάθεσης. Επιπρόσθετα στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι το άγχος, η συναισθηματική αστάθεια και τα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τον τοκετό αυξάνουν κατά 1.72 φορές τον κίνδυνο πρόωρου αποθηλασμού (Tavoulari et al., 2016). Επιπλέον, η περιγεννητική κατάθλιψη διπλασιάζει τον κίνδυνο πρόωρης διακοπής του θηλασμού (Tuthill et al., 2020).

Ταυτόχρονα, η έρευνα στην πόλη Depok της Δυτικής Ιάβας, Ινδονησία, που αναζητήσε τους παράγοντες που επηρεάζουν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό κατά την περίοδο της πανδημίας, έδειξε ότι σε περιπτώσεις έντονου στρες ή έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η λοίμωξη δυσχεραίνει την πρακτική, προκαλώντας μείωση παραγωγής γάλακτος ή και πρόωρη διακοπή του θηλασμού. Η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα (Apriningsih et al., 2024; Huang et al., 2017). Η έλλειψη υποστήριξης, ειδικά σε γυναίκες με χαμηλό οικονομικό επίπεδο ή μετά από δύσκολους τοκετούς, για παράδειγμα καισαρική και επιπλοκές στον τοκετό, αυξάνει την πιθανότητα εγκατάλειψης του θηλασμού (Jiravisitkul et al., 2022; Muluneh, 2023). Επιπρόσθετα, στη μελέτη Magnazi et al. (2022), το 7% των γυναικών που περιόρισαν ή διέκοψαν τον θηλασμό ανέφεραν ως αιτία την ανεπαρκή υποστήριξη από συμβούλους θηλασμού.

Από την άλλη, οι Huang, Ren, Liu, Luo και Zhao (2017) διαπίστωσαν ότι η ψυχολογική πίεση από την οικογένεια επηρεάζει σημαντικά την πρόωρη χρήση φόρμουλας και την αυτοπεποίθηση των μητέρων.

Η αντίληψη ότι η παραγωγή γάλακτος είναι ανεπαρκής ή χαμηλής διατροφικής αξίας, η οποία βασίζεται εν μέρει σε ψυχολογικά αίτια, μειώνει τη διάρκεια του θηλασμού (Colombo et al., 2018; Gianni et al., 2019; Gross et al., 2019; Lesorogol et al., 2018; Souza et al., 2020). Στη μελέτη Ross et al. (2025), τα δεδομένα ανέδειξαν ότι ένα από τα συχνότερα εμπόδια στον θηλασμό

είναι η ανησυχία ότι το μητρικό γάλα δεν είναι αρκετό (30%). Στη μελέτη Huang et al. (2017), πάνω από τις μισές μητέρες (53,8%) ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν σημαντικά προβλήματα με το θηλασμό, κυρίως λόγω της αντιλαμβανόμενης ανεπαρκούς παραγωγής γάλακτος (65,9%) και της ανησυχίας για τη διατροφική επάρκεια του μητρικού γάλακτος (12,3%). Επιπλέον, στη μελέτη Tavourari et al. (2016), ο συχνότερος λόγος διακοπής του θηλασμού (48,5%) είναι η αντιληπτή ανεπαρκής παραγωγή γάλακτος.

4.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι κοινωνικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς σχετικά με τον θηλασμό. Επηρεάζουν τόσο την απόφαση για την έναρξή του όσο και τη διάρκεια και την αποκλειστικότητά του. Οι μελέτες του δείγματος έδειξαν πως η κοινωνική υποστήριξη, οι στάσεις του περιβάλλοντος, οι εργασιακές συνθήκες και η ευρύτερη κοινωνική νοοτροπία σχηματίζουν ένα πολύπλευρο πλαίσιο που μπορεί να στηρίξει ή να εμποδίσει το μητρικό θηλασμό.

4.5.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η κοινωνική υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, ειδικά από τον σύντροφο, αποτελεί ισχυρό διευκολυντικό παράγοντα. Η υποστήριξη από τους οικείους συνδέεται με μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού (Gross et al., 2019; Jiravisitkul et al., 2022). Κατά την πανδημία COVID-19, όσες μητέρες είχαν οικογενειακή υποστήριξη παρουσίασαν μεγαλύτερη συνέπεια στον αποκλειστικό θηλασμό (Apriningsih et al., 2024). Οι έγγαμες μητέρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να θηλάζουν αποκλειστικά (Muluneh, 2023). Πιο συγκεκριμένα οι έγγαμες γυναίκες είναι 3,4 φορές πιο πιθανό να θηλάζουν αποκλειστικά σε σύγκριση με τις άγαμες (Dahie et al., 2024).

Επιπρόσθετα, το υψηλό επίπεδο μόρφωσης της μητέρας ή και των δύο γονέων φαίνεται να αυξάνει τα ποσοστά και τη διάρκεια του θηλασμού (Colombo et al., 2018;). Οι μητέρες με δευτεροβάθμια ή ανώτερη εκπαίδευση έχουν διπλάσια πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού, ενώ η μόρφωση των συζύγων σχετίζεται θετικά με την πρακτική (Muluneh, 2023). Ομοίως, βρέθηκε ότι η μεταπτυχιακή ή διδακτορική εκπαίδευση της μητέρας οδηγεί σε παρατεταμένο θηλασμό χωρίς φόρμουλα (Dagla et al., 2021). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν σημαντικά αυξημένα ποσοστά συνέχισης του θηλασμού στους έξι και δώδεκα μήνες (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022).

Στην Ελλάδα, οι γυναίκες με πανεπιστημιακή εκπαίδευση έχουν 47% μικρότερο κίνδυνο πρόωρης διακοπής του θηλασμού, ενώ όσες έχουν μεταπτυχιακό τίτλο εμφανίζουν 80% μικρότερο κίνδυνο (Tavoulari et al., 2016). Παράλληλα, στην Αιθιοπία, οι μητέρες με δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχουν 3,86 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εφαρμόζουν αποκλειστικό θηλασμό σε σχέση με εκείνες με καμία εκπαίδευση (Awoke & Mulatu, 2021). Σε μία μελέτη, η ανώτερη εκπαίδευση μόνο του πατέρα αναδείχθηκε ως παράγοντας ενίσχυσης, όπου τα παιδιά πατέρων με δευτεροβάθμια εκπαίδευση είχαν περίπου 5,8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάζονται αποκλειστικά (Dahie et al., 2024).

Αντίθετα, μία μελέτη διαπίστωσε ότι ο θηλασμός ενισχύεται από το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας. Στη Σομαλία, οι μητέρες χωρίς τυπική εκπαίδευση ή με πρωτοβάθμια μόρφωση έχουν υψηλότερα ποσοστά θηλασμού σε σύγκριση με τις αποφοίτους ανώτερης εκπαίδευσης (Dahie et al., 2024).

Η εργασία της μητέρας σε μία μελέτη συσχετίστηκε θετικά με το θηλασμό. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι οι μητέρες που εργάζονται εκτός σπιτιού έχουν αυξημένη πιθανότητα να διατηρήσουν το θηλασμό (Barbosa et al., 2017). Παράλληλα, η ύπαρξη εργασιακών συνθηκών που ευνοούν τις θηλάζουσες μητέρες προωθούν την παρατεταμένη διάρκεια του θηλασμού. Σύμφωνα με τη μελέτη Jiravisitkul et al. (2022), το 77% των μητέρων συνέχισαν τον θηλασμό μετά την επιστροφή τους στην εργασία. Ως σημαντικοί παράγοντες διευκόλυνσης αναφέρθηκαν το υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον, η θετική στάση των συναδέλφων και προϊσταμένων, η ύπαρξη παιδικού σταθμού εντός του νοσοκομείου και η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών θηλασμού.

Επιπρόσθετα, η επαρκής άδεια μητρότητας αναδείχθηκε ως ευνοϊκός παράγοντας. Άδεια μητρότητας διάρκειας άνω των 120 ημερών, συνοδεύεται από υψηλότερα ποσοστά διατήρησης του μητρικού θηλασμού (Jiravisitkul et al., 2022). Η παράταση του θηλασμού συνδέθηκε σημαντικά με την παρατεταμένη παραμονή στο σπίτι λόγω άδειας μητρότητας στη μελέτη Magnazi et al. (2022).

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε έναν επιπλέον σημαντικό παράγοντα που διευκολύνει το θηλασμό. Η παραμονή στο σπίτι λόγω της πανδημίας συνέβαλε στη διατήρηση του ΑΘ (Magnazi et al., 2022). Ακόμη, στη μελέτη Apriningsih et al. (2024), τονίστηκε ότι η παραμονή στο σπίτι και η μείωση των εξωτερικών δραστηριοτήτων λόγω καραντίνας επέτρεψαν σε πολλές μητέρες να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στον θηλασμό και να ενισχύσουν τη συναισθηματική σύνδεση με το παιδί τους. Το ίδιο παρατηρήθηκε και στη μελέτη Jiravisitkul et al. (2022), όπου ορισμένες γυναίκες επωφελήθηκαν από την τηλεργασία και την παραμονή στο σπίτι κατά τη διάρκεια της πανδημίας, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η διάρκεια του θηλασμού.

Επιπλέον, η κατοικία αποτελεί βασικό παράγοντα τόσο στην έναρξη όσο και στη διατήρηση του θηλασμού. Οι μητέρες που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές έχουν διπλάσιες πιθανότητες να θηλάζουν αποκλειστικά σε σχέση με όσες ζουν σε αστικές περιοχές (Awoke & Mulatu, 2021).

4.5.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στον αντίποδα, οι μελέτες έχουν δείξει ότι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που εμποδίζουν τον μητρικό θηλασμό. Η απουσία κοινωνικής υποστήριξης, ιδιαίτερα από τον σύντροφο ή την οικογένεια, έχει συσχετιστεί με πρόωρη διακοπή του θηλασμού (Lesorogol et al., 2018).

Επιπρόσθετα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας συνδέθηκε ισχυρά με αυξημένες πιθανότητες να μην ξεκινήσει ο θηλασμός (Spyragkou et al., 2022). Αναλυτικότερα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας (λιγότερα από 8 έτη) αυξάνει κατά διπλάσιο τον κίνδυνο διακοπής του θηλασμού (Barbosa et al., 2017). Ακόμη, βρέθηκε ότι οι μητέρες με χαμηλή εκπαίδευση έχουν 2,83 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να μην θηλάζουν αποκλειστικά (Apriningsih et al., 2024).

Συμπληρωματικά, στις περισσότερες μελέτες, η εργασία της μητέρας αποδείχθηκε σημαντικός παράγοντας διακοπής του θηλασμού (Ross et al., 2025). Ειδικότερα, ένας από τους πιο ισχυρούς ανεξάρτητους παράγοντες αυξημένου κινδύνου για μικτή σίτιση του βρέφους στους 3 μήνες αναδείχθηκε η επιστροφή στην εργασία (Gianni et al., 2019). Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι μητέρες που εργάζονται έχουν 36% μικρότερη πιθανότητα να θηλάζουν αποκλειστικά (Lesorogol et al., 2018), ενώ το 42% των γυναικών μιας μελέτης, διέκοψαν το θηλασμό εντός έξι μηνών από την επιστροφή στην εργασία (Jiravisitkul et al., 2022). Ακόμη, οι εργαζόμενες μητέρες έχουν χαμηλότερη πιθανότητα να εφαρμόζουν αποκλειστικό θηλασμό (Muluneh, 2023).

Επιπλέον, οι εργαζόμενες γυναίκες έχουν 5,84 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να διακόψουν πρόωρα τον αποκλειστικό θηλασμό (Apriningsih et al., 2024). Παράλληλα στη μελέτη Dahie et al. (2024) τονίστηκε ότι οι νοικοκυρές έχουν επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να θηλάζουν αποκλειστικά σε σύγκριση με τις εργαζόμενες, επιβεβαιώνοντας τα εμπόδια που δημιουργεί η εργασία.

Σε αυτό το φάσμα, ισχυροί ανασταλτικοί παράγοντες ανευρίσκονται στις δομικές ελλείψεις και τα οργανωτικά προβλήματα στον χώρο εργασίας. Η έλλειψη ιδιωτικών χώρων για ά-

ντληση και αποθήκευση γάλακτος, καθώς και η έλλειψη θεσμοθετημένων διαλειμμάτων θηλασμού αποτελούν τα σημαντικότερα εμπόδια, ιδίως για τις εργαζόμενες σε απαιτητικά τμήματα (Jiravisitkul et al., 2022).

Επιπλέον, η έλλειψη χρόνου λόγω οικιακών ή οικογενειακών υποχρεώσεων περιορίζει τη δυνατότητα θηλασμού. Οι οικιακές υποχρεώσεις συσχετίζονται με χαμηλότερη πιθανότητα συνέχισης του θηλασμού στους 2 και 4 μήνες (Ross et al., 2025). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες με τρεις ή περισσότερες γέννες έχουν μειωμένη πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού (Muluneh, 2023). Επιπλέον, το 65% των γυναικών που διέκοψαν το θηλασμό στη μελέτη Magnazi et al. (2022), ανέφεραν έλλειψη χρόνου λόγω επιβάρυνσης με άλλες οικογενειακές υποχρεώσεις.

Επιπρόσθετα, ο τόπος κατοικίας συνδέθηκε αρνητικά με το θηλασμό. Οι μητέρες που ζουν σε αγροτικές περιοχές έχουν χαμηλότερη πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού (Muluneh, 2023). Παράλληλα, οι γυναίκες που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές θηλάζουν για μικρότερη χρονική περίοδο σε σχέση με εκείνες που ζουν σε αστικά κέντρα (Spyrakou et al., 2022).

Συμπληρωματικά, η ανεπαρκής πρόσβαση σε συμβουλευτικές υπηρεσίες θηλασμού λειτουργεί ανασταλτικά στην τήρηση του θηλασμού. Αναλυτικότερα, οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά διακοπής του θηλασμού (Jiravisitkul et al., 2022; Ross et al., 2025). Σε ορισμένες περιπτώσεις, παρά την παρουσία προγραμμάτων στήριξης, πολλές μητέρες ανέφεραν περιορισμούς στην πρόσβαση ή περιορισμένη διάρκεια παροχών, που δεν κάλυπταν πλήρως τις ανάγκες της οικογένειας, με αποτέλεσμα να υπάρχουν χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού (Gross et al., 2019; Magnazi et al., 2022). Ακόμη, η περιορισμένη πρόσβαση σε ενημερωμένες υπηρεσίες υγείας, οδήγησε σε χαμηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού στην Αιθιοπία (Muluneh, 2023).

4.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΥΡΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας και τις δημόσιες πολιτικές περιλαμβάνουν τη διαθεσιμότητα, την ποιότητα και τη φιλικότητα των δομών υγειονομικής φροντίδας προς τον θηλασμό, καθώς και την εφαρμογή πολιτικών.

4.6.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Η παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, η εφαρμογή πολιτικών που υποστηρίζουν τον μητρικό θηλασμό και η ενεργή συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας κατά την εγκυμοσύνη καθώς και την περίοδο της λοχείας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες διευκόλυνσης.

Οι μητέρες που γέννησαν σε νοσοκομείο εμφανίζουν υψηλότερη πιθανότητα να θηλάσουν αποκλειστικά (Muluneh, 2023; Apriningsih et al., 2024). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που επιλέγουν να γεννήσουν σε κρατικά νοσοκομεία έχουν 50% μεγαλύτερες πιθανότητες να επιλέξουν τον αποκλειστικό θηλασμό (Awoke & Mulatu, 2021).

Η ύπαρξη προγραμμάτων υποστήριξης μητρικού θηλασμού αποδείχθηκε σημαντικός παράγοντας βοήθειας. Στη μελέτη Dagla et al. (2021), η ένταση της μαιευτικής υποστήριξης, δηλαδή ο αριθμός των συνεδριών που παρείχαν οι μαίες, συσχετίστηκε θετικά τόσο με τη διάρκεια όσο και με την αποκλειστικότητα του θηλασμού. Κάθε επιπλέον συνεδρία αύξανε την πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού στους έξι μήνες κατά περίπου 4%. Συμπληρωματικά, η προγεννητική και μεταγεννητική συμβουλευτική θηλασμού αποτελεί βασική υποστήριξή του (Awoke & Mulatu, 2021; Jiravisitkul et al., 2022).

Αναλυτικότερα, η δομημένη και συνεπής συμβουλευτική θηλασμού σε μητέρες που πήραν εξιτήριο από το μαιευτήριο μπορεί να ενισχύσει την πρακτική του θηλασμού, να προλάβει επιπλοκές και να παρατείνει τον αποκλειστικό θηλασμό, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα όπου μητέρα και βρέφος φεύγουν νωρίς (Nilsson et al., 2017). Επιπλέον, στη μελέτη Shafaei et al. (2020), όπου εξετάστηκε η επίδραση της προγεννητικής συμβουλευτικής, διαπιστώθηκε ότι η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό στις 15 ημέρες, στους 2 και στους 4 μήνες μετά τον τοκετό. Επίσης, εμφάνισε σημαντικά λιγότερα προβλήματα θηλασμού, όπως πληγές στις θηλές, συμφόρηση μαστού και πόνο, ενώ το ποσοστό αυτών χωρίς κανένα πρόβλημα στον τέταρτο μήνα ήταν 85,2%, σε σύγκριση με μόλις 37% στην ομάδα ελέγχου.

Επιπλέον, η μελέτη Karaahmet & Bilgiç (2022), στην οποία αξιολογήθηκε η επίδραση της διαδικτυακής συμβουλευτικής θηλασμού για έξι μήνες μετά από καισαρική τομή στην επιτυχία του θηλασμού, ανέδειξε ότι αποτελεί αποτελεσματική και πρακτική παρέμβαση που ενισχύει τη διατήρηση του αποκλειστικού θηλασμού, μειώνει τη χρήση τεχνητών υποκατάστατων και βοηθά στην υγιή ανάπτυξη των βρεφών. Ακόμη, οι γυναίκες που λαμβάνουν προγεννητική φροντίδα έχουν σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού. Αντίστοιχα, η μεταγεννητική συμβουλευτική συσχετίζεται με τριπλάσια πιθανότητα διατήρησης του θηλασμού (Dahie et al., 2024).

Επιπρόσθετα, η ύπαρξη κέντρων υποστήριξης θηλασμού και η ένταξη σε ομάδες μητέρων οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού στους 6 μήνες (Nabulsi et al., 2019). Ακόμη, η θετικά αξιολογημένη επαγγελματική υποστήριξη μετά την έξοδο από το μαιευτήριο λειτουργεί προστατευτικά στον ΑΘ (Gianni et al., 2019).

Η προγεννητική ενημέρωση μέσω προγραμμάτων εκπαίδευσης εγκύων συνέβαλε επίσης, στην αύξηση των ποσοστών πρόθεσης και έναρξης θηλασμού (Colombo et al., 2018; Huang et al., 2017). Παράλληλα, η μεταγεννητική εκπαίδευση θηλασμού, συμβάλλει ουσιαστικά στη διατήρηση του ΑΘ. Αναλυτικότερα, η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική μελέτη των Javorski, Dodt, Almeida, Leal, Ferreira, και Joventino (2018), εξέτασε την επίδραση μιας εκπαιδευτικής τεχνολογίας βασισμένης στη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας του Bandura, με τη χρήση flipchart, στη βελτίωση της αυτοπεποίθησης των μητέρων και στην ενίσχυση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (ΑΜΘ) κατά τους πρώτους δύο μήνες μετά τον τοκετό. Η μελέτη έδειξε ότι, τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού στην 8η εβδομάδα ήταν 78,6% στην ομάδα παρέμβασης έναντι μόλις 35,7% στην ομάδα ελέγχου, καθώς και ότι η πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού ήταν διπλάσια για τις γυναίκες που έλαβαν την εκπαιδευτική παρέμβαση.

Επιπρόσθετα, η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη των Souza, Pina-Oliveira και Shimo (2020) αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης θηλασμού που βασίστηκε σε μια καινοτόμο εκπαιδευτική μέθοδο χρησιμοποιώντας οπτικοακουστικό υλικό και απτές μορφές τεχνολογίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες της ομάδας παρέμβασης εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ΑΘ σε όλες τις χρονικές στιγμές παρακολούθησης. Συγκεκριμένα, την 10η ημέρα μετά τον τοκετό, ο αποκλειστικός θηλασμός καταγράφηκε στο 92,3% των γυναικών της ομάδας παρέμβασης έναντι 71,2% της ομάδας ελέγχου. Στην 30ή ημέρα, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 80,8% έναντι 48,1%, και στην 60ή ημέρα 86,5% έναντι 44,2%, γεγονός που καταδεικνύει τη διατήρηση και σταθεροποίηση του θηλασμού στο χρόνο.

Συνδιαστικά, η μελέτη Nabulsi et al. (2019) αποκάλυψε σαφή σχέση δοσο-απόκρισης: οι συμμετέχουσες που εφάρμοσαν και τα τρία συστατικά της παρέμβασης, τα οποία ήταν η εκπαίδευση, η επαγγελματική και η ομότιμη υποστήριξη, είχαν 6,6 φορές υψηλότερη πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού στους έξι μήνες, ενώ όσες εφάρμοσαν δύο συστατικά είχαν αυξημένη αλλά μη στατιστικά σημαντική πιθανότητα.

Από μια άλλη οπτική η εκπαίδευση του συντρόφου αποτελεί έναν ακόμη διευκολυντή του ΜΘ. Η παρουσία του συντρόφου κατά τη διάρκεια μαθημάτων προγεννητικής εκπαίδευσης βρέθηκε να συμβάλλει θετικά στη διατήρηση του θηλασμού (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022). Ακόμη, η εκπαίδευση των πατέρων οδηγεί σε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα αλλά και τη συνέπεια των πρακτικών θηλασμού (Panahi et al., 2022; Nilsson et al., 2017).

Οι νοσοκομειακές πρακτικές φιλικές προς τα βρέφη αποτελούν το συχνότερο και πιο αποτελεσματικό διευκολυντικό παράγοντα. Τα μαιευτήρια που εφαρμόζουν τις αρχές της πρωτοβουλίας «φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία», παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού, καθώς προωθούν την άμεση δερματική επαφή, την έγκαιρη έναρξη της

γαλουχίας, το συχνό θηλασμό και την αποφυγή περιττής χορήγησης υποκατάστατων γάλακτος. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι η καθολική εφαρμογή αυτών των πρακτικών μειώνει τα εμπόδια που δημιουργούνται από τον κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας και αυξάνει τη συνέπεια των οδηγιών που λαμβάνει η μητέρα (Apriningsih et al., 2024; Patel et al., 2015; Shobo et al., 2020; Zhang et al., 2023).

Ακόμη ένας διευκολυντικός παράγοντας, είναι η ενεργή συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία θηλασμό μέσω παρότρυνσης, υποστήριξης για σωστή στάση και προσκόλληση του βρέφους στο στήθος και η αποτελεσματική επικοινωνία μαιάς-μητέρας κατά τον τοκετό (Shobo et al., 2020). Ενώ, μια σύντομη, επικεντρωμένη εκπαίδευση του προσωπικού υγείας μπορεί να βελτιώσει την επιτυχία και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού (Nilsson et al., 2017). Επιπρόσθετα, η έκθεση στα μέσα μαζικής ενημέρωσης βρέθηκε να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα. Ενώ ακόμη, οι περιοχές με τοπικές πρωτοβουλίες εκπαίδευσης εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά μητέρων που θηλάζουν (Muluneh, 2023).

4.6.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Παρά τη γενική πρόοδο, σημαντικά εμπόδια εξακολουθούν να εντοπίζονται στο επίπεδο των υπηρεσιών υγείας. Αρχικά, η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης και εκπαίδευσης από τις δομές υγείας λειτουργεί ανασταλτικά ως προς την έναρξη και τη διατήρηση του θηλασμού. Αναλυτικότερα, η έλλειψη συμβουλευτικής αυξάνει δραματικά την πιθανότητα αποχής από τον αποκλειστικό θηλασμό (Apriningsih et al., 2024). Ακόμη, η έλλειψη επαγγελματικής υποστήριξης βρέθηκε να ευθύνεται για τα υψηλότερα ποσοστά διακοπής του μητρικού θηλασμού στις Αμερικανίδες Ινδιάνες στη Βόρεια Ντακότα (Ross et al., 2025).

Η έλλειψη επαγγελματικής καθοδήγησης πριν και μετά τη γέννα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την έγκαιρη έναρξη και τη διατήρηση του θηλασμού (Awoke & Mulatu, 2021). Επιπλέον, οι χαμηλότερες επιδόσεις θηλασμού στο Πακιστάν (23,9%), συνδέθηκαν με ελλιπή εκπαίδευση και περιορισμένη προγεννητική φροντίδα (Patel et al., 2015). Ακόμη, βρέθηκε ότι το μόνο 45% των γυναικών στο Ισραήλ έλαβε υποστήριξη μετά το εξιτήριο (Magnazi et al., 2022).

Η αδυναμία εφαρμογής πρακτικών στις νοσηλευτικές δομές, όπως η έγκαιρη έναρξη του θηλασμού μετά τη γέννηση και η επαφή δέρμα με δέρμα, επηρεάζουν αρνητικά τη διαδικασία γαλουχίας, ιδίως μετά από καισαρική τομή ή σε περίπτωση πρόωρου τοκετού (Patel et al., 2015; Shobo et al., 2020; Spyrahou et al., 2022). Στο Μογκαντίσου της Σομαλίας, μόνο μία στις πέντε

μητέρες (19%) ξεκίνησε τον θηλασμό μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, γεγονός που υποδεικνύει ελλείψεις στην προαγωγή της έγκαιρης έναρξης θηλασμού (Dahie et al., 2024). Επιπλέον στη Βραζιλία, μονάχα το 43,5% των νεογνών θήλασε εντός των πρώτων 30 λεπτών από τη γέννηση (Barbosa et al., 2017). Η καθυστερημένη έναρξη θηλασμού, αυξάνει τον κίνδυνο μη αποκλειστικού θηλασμού κατά 50,76 φορές (Apriningsih et al., 2024).

Ένα άλλο σημαντικό εμπόδιο είναι η πρόωρη χορήγηση υποκατάστατων γάλακτος στα μαιευτήρια, πρακτική που εξακολουθεί να παρατηρείται σε αρκετές μονάδες. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι η απουσία πολιτικών ελέγχου της προώθησης υποκατάστατων και η περιορισμένη εποπτεία εντός των μαιευτηρίων υπονομεύουν τις προσπάθειες υποστήριξης (Barbosa et al., 2017; Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022). Επιπρόσθετα, η χορήγηση φόρμουλας στο μαιευτήριο βρέθηκε ότι έχει ισχυρά αρνητική συσχέτιση με τη συνέχιση του θηλασμού έως και τον δωδέκατο μήνα (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022). Ωστόσο, παρά την ύπαρξη προγραμματισμένων κοινωνικής πρόνοιας, πολλές μητέρες αναφέρουν ότι η διάρκεια των παροχών είναι ανεπαρκής και δεν καλύπτει πλήρως τις βασικές ανάγκες της οικογένειας. Η περιορισμένη χρονική επάρκεια των προγραμμάτων πρόνοιας δημιουργεί συνθήκες ανασφάλειας, οι οποίες επηρεάζουν έμμεσα και τις πρακτικές θηλασμού (Gross et al., 2019).

Περαιτέρω εμπόδια, περιλαμβάνουν την ανεπαρκή στελέχωση των κέντρων υγείας, τη χαμηλή αναλογία μαιών ανά τοκετό, και τις κακές συνθήκες στους θαλάμους λοχείας, όπου η έλλειψη ιδιωτικότητας και η παρουσία συγγενών αποθαρρύνουν τις μητέρες να θηλάσουν άμεσα (Shobo et al., 2020). Εν τέλει, οι αναποτελεσματικές πολιτικές ή η απουσία εφαρμογής διεθνών συστάσεων για την προαγωγή του θηλασμού αναδεικνύονται ως συστημικά εμπόδια που χρήζουν βελτίωσης.

4.7 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι πολιτισμικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τις κοινωνικά διαμορφωμένες αντιλήψεις, τα ήθη, τις παραδόσεις και τις προσδοκίες που επικρατούν σε κάθε κοινότητα σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό. Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τη στάση της μητέρας απέναντι στον θηλασμό και επηρεάζουν έμμεσα ή άμεσα την απόφαση για έναρξη ή διακοπή του.

4.7.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αρχικά, στο πλαίσιο συγκεκριμένων πολιτισμικών κοινοτήτων, ο συνωστισμός στο σπίτι μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά για το θηλασμό. Συγκεκριμένα, η διαβίωση σε πολυμελή

νοικοκυριά συνδέθηκε με υψηλότερα ποσοστά θηλασμού σε μητέρες Λατινικής καταγωγής στη Νέα Υόρκη (Reno et al., 2022). Επιπρόσθετα, οι πολιτισμικές πρακτικές που ευνοούν το θηλασμό φαίνεται να αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για τα αυξημένα ποσοστά ΑΘ στην περιοχή Τιγκράι. Αναλυτικότερα, η συγκεκριμένη περιφέρεια παρουσιάζει υψηλότερη πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού σε σύγκριση με τις Σομαλία, Αφάρ, Περιφέρεια Νοτίων Εθνών, Εθνοτήτων και Λαών, Χαράρι, Αντίς Αμπέμπα και Ντίρε Ντάουα (Muluneh, 2023).

Ακόμη, η πολιτισμική προέλευση φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τις πρακτικές θηλασμού. Στην Ισπανία, η καταγωγή από άλλη χώρα, αναδείχθηκε ως παράγοντας που συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά θηλασμού (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022). Αντίστοιχα στην Ελλάδα, οι μετανάστριες μητέρες εμφανίζουν 65% μικρότερο κίνδυνο πρόωρου αποθλασμού σε σύγκριση με τις Ελληνίδες (Tavoulari et al., 2016).

Επιπλέον, η φροντίδα από παραδοσιακές μαίες συνδέεται με αυξημένα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι μητέρες που λαμβάνουν υποστήριξη από μαίες που χρησιμοποιούν παραδοσιακές τεχνικές, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να διατηρήσουν τον αποκλειστικό θηλασμό κατά το αρχικό διάστημα μετά τον τοκετό (Patel et al., 2015).

Συμπληρωματικά, οι πολιτισμικά ευαίσθητες παρεμβάσεις, όπως η ενίσχυση της κοινοτικής υποστήριξης, η συνεργασία με μαίες και βοηθούς μητρότητας και η ενίσχυση προγραμμάτων φροντίδας για γυναίκες και βρέφη, μπορούν να ανταποκριθούν ουσιαστικά στις ανάγκες πολιτισμικών μειονοτήτων, όπως των Αμερικανίδων Ινδιάνων, δείχνοντας ότι η προσαρμογή των στρατηγικών υποστήριξης στο πολιτισμικό πλαίσιο της κοινότητας είναι κρίσιμη για την άρση των ανισοτήτων στον θηλασμό (Ross et al., 2025).

Επιπρόσθετα, η πολιτισμική αποδοχή του δημόσιου θηλασμού αναδείχθηκε ως ένας ιδιαίτερα σημαντικός διευκολυντικός παράγοντας. Η άνεση με τον δημόσιο θηλασμό εμφανίζει σαφή θετική συσχέτιση με την επιτυχία και τη διάρκεια της γαλουχίας (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022). Τέλος, τα αγόρια έχουν σχεδόν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να θηλάζονται αποκλειστικά, εύρημα που αποδίδεται στις πολιτισμικές προτιμήσεις υπέρ των αρρένων παιδιών (Dahie et al., 2024).

4.7.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι πολιτισμικοί παράγοντες αναδεικνύονται καθοριστικοί στη διαμόρφωση των πρακτικών θηλασμού σε ορισμένες περιπτώσεις. Για παράδειγμα, το φύλο του βρέφους σε ορισμένες

περιοχές επιδρά αρνητικά στη συνέχιση του θηλασμού. Συγκεκριμένα, η γέννηση αγοριού συσχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού, εύρημα που αποδόθηκε στις κοινωνικές αντιλήψεις και τα πολιτισμικά πρότυπα που επηρεάζουν τη φροντίδα των αρρένων παιδιών (Patel et al., 2015).

Αντίθετα με τις γυναίκες Λατινικής καταγωγής, το εύρημα της προστατευτικής επίδρασης του συνωστισμού δεν επιβεβαιώνεται για τις Αφροαμερικανές μητέρες στο Πίτσμπουργκ. Σε αυτή την ομάδα, ο αυξημένος αριθμός συγκατοίκων δεν συσχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά θηλασμού, γεγονός που υποδεικνύει ότι ο συνωστισμός δεν φέρει ενιαία σημασία σε όλα τα πολιτισμικά πλαίσια (Reno et al., 2022).

Ακόμη, η αδυναμία τήρησης των πολιτισμικών πρακτικών κατά τη διάρκεια του τοκετού συνδέεται με σημαντική καθυστέρηση στην έναρξη του θηλασμού. Οι μητέρες στις οποίες δεν επιτρέπεται να πραγματοποιήσουν πρακτικές όπως η προσευχή ή το διάβασμα αποσπασμάτων θρησκευτικού βιβλίου την ώρα της γέννησης, εμφανίζουν 4,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα καθυστέρησης της πρώτης σίτισης (Shobo et al., 2020). Επιπρόσθετα, ορισμένες μητέρες απέφυγαν να θηλάσουν αμέσως μετά τη γέννα λόγω της πολιτισμικής αντίληψης ότι πρέπει πρώτα να “καθαρίσουν το σώμα τους” ή να πλύνουν το στήθος τους (Shobo et al., 2020).

Επιπλέον, η μεταφορά ελλিপών ή ανακριβών πληροφοριών εντός του οικογενειακού πλαισίου αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την έγκαιρη έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού. Οι μητέρες που λαμβάνουν καθοδήγηση βασισμένη σε λανθασμένες αντιλήψεις ή εμπειρικές πρακτικές από μέλη της οικογένειας εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στην εγκαθίδρυση αποτελεσματικού θηλασμού, με συνέπεια την καθυστερημένη έναρξη ή την πρόωρη διακοπή του (Huang et al., 2017).

Συμπληρωματικά, οι πολιτισμικές αντιλήψεις της οικογένειας σχετικά με τη χαμηλή ποιότητα και την ανεπάρκεια του μητρικού γάλακτος αποτελούν έναν από τους πιο καθοριστικούς ανασταλτικούς παράγοντες για την έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού. Οι αντιλήψεις «χαμηλής διατροφικής αξίας» του γάλακτος και ανεπαρκούς ποσότητας αποτελούν πρωτεύοντες μηχανισμούς διακοπής του θηλασμού, συχνά σε συνδυασμό με κλινικά επεισόδια όπως η μαστίτιδα (Gianni et al., 2019; Huang et al., 2017). Ακόμη, η πεποίθηση χαμηλής διατροφής αξίας, συμβάλλει αποφασιστικά στη μετάβαση σε φόρμουλα, μειώνοντας παράλληλα την αυτοπεποίθηση των μητέρων (Gianni et al., 2019; Gross et al., 2019). Επιπρόσθετα, οι παρανοήσεις γύρω από το πρωτόγαλα, όπως η αντίληψη ότι είναι ακατάλληλο για το νεογνό, εμποδίζουν το ΜΘ (Patel et al., 2015). Συνολικά, οι μελέτες καταδεικνύουν ότι οι αντιλήψεις για την ποιότητα του γάλακτος, διαμορφωμένες από πολιτισμικά στερεότυπα, επηρεάζουν ουσιαστικά την πρακτική του θηλασμού.

4.8 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι οικονομικοί παράγοντες αποτελούν μια διατομεακή κατηγορία που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη δυνατότητα των μητέρων να ξεκινήσουν, να διατηρήσουν ή να διακόψουν τον θηλασμό. Η οικονομική ασφάλεια αλλά και το κόστος εναλλακτικών επιλογών σίτισης συνθέτουν ένα πλέγμα συνθηκών που καθορίζουν τη συμπεριφορά της μητέρας. Οι μελέτες ανέδειξαν ότι οι οικονομικοί προσδιοριστές μπορούν να λειτουργήσουν είτε ενισχυτικά είτε ανασταλτικά, ανάλογα με το πλαίσιο και την κοινωνική πολιτική κάθε χώρας.

4.8.1 ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι οικονομικοί προσδιοριστές μιας κοινότητας επηρεάζουν σημαντικά την πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού. Συγκεκριμένα, οι μητέρες με χαμηλότερο εισόδημα παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού (Awoke & Mulatu, 2021).

Ακόμη, το 15% των μητέρων που παρατείνουν τη διάρκεια του θηλασμού, επηρεάζονται από οικονομικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, το 14% των συμμετεχουσών μιας μελέτης ανέφερε ότι το χαμηλότερο οικονομικό κόστος του θηλασμού, σε σύγκριση με την αγορά υποκατάστατων γάλακτος ή άλλων μορφών διατροφής, αποτέλεσε το κύριο κίνητρο για τη συνέχιση του θηλασμού (Magnazi et al., 2022). Τέλος, σε περιπτώσεις ακραίας φτώχειας παρατηρείται το φαινόμενο του «θηλασμού έσχατης ανάγκης» (Lesorogol et al., 2018).

4.8.2 ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα ευρήματα από τις σχετικές μελέτες αναδεικνύουν ότι η επισιτιστική ανασφάλεια οδηγεί σε μειωμένη αποκλειστικότητα και διάρκεια του μητρικού θηλασμού (Gross et al., 2019). Η σοβαρή πείνα, ως δείκτης έντονης επισιτιστικής ανασφάλειας, συσχετίζεται με διπλάσιο κίνδυνο διακοπής του θηλασμού (Tuthill et al., 2020).

Συμπληρωματικά στην Αϊτή, οι μητέρες που θεωρούν ότι η ανεπαρκής διατροφή τους οδηγεί σε ανεπαρκή παραγωγή γάλακτος, διακόπτουν πρόωρα το θηλασμό. Παράλληλα, οι δείκτες κοινωνικοοικονομικής ευημερίας, όπως η ύπαρξη ηλεκτρικού ρεύματος ή τελειωμένου δαπέδου, συνδέονται αρνητικά με την πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού (Lesorogol et al., 2018).

Επιπρόσθετα, το υψηλότερο εισόδημα δεν λειτουργεί πάντα ενισχυτικά προς τον αποκλειστικό θηλασμό. Οι μητέρες με υψηλότερα εισοδήματα εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού (Awoke & Mulatu, 2021). Αντίστοιχα, μια μελέτη έδειξε ότι οι μητέρες που ανήκουν στις πλουσιότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες έχουν μειωμένη πιθανότητα να εφαρμόζουν αποκλειστικό θηλασμό σε σχέση με τις λιγότερο εύπορες (Muluneh, 2023).

Από μια άλλη οπτική, η ανασφάλεια στέγασης, όπως η απειλή έξωσης, οι καθυστερήσεις στην καταβολή ενοικίου ή η προηγούμενη έλλειψη στέγασης, συνδέεται με σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού στους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Επιπλέον, η απουσία σταθερού και ασφαλούς χώρου για τη φροντίδα του βρέφους επιβάρυνε περαιτέρω την ικανότητα των μητέρων να συνεχίσουν τον αποκλειστικό θηλασμό (Reno et al., 2022).

ΕΝΟΤΗΤΑ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο, γίνεται μια συνολική ερμηνεία και σύνθεση των ευρημάτων της συστηματικής ανασκόπησης για τους παράγοντες που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν τον μητρικό θηλασμό. Η συζήτηση βασίζεται στα αποτελέσματα των 30 μελετών που συμπεριλήφθηκαν, οι οποίες ανέδειξαν ένα ευρύ φάσμα σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτισμικών, οικονομικών και θεσμικών παραγόντων που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την έναρξη, διατήρηση και επιτυχία του μητρικού θηλασμού, σε διαφορετικά κοινωνικά, πολιτισμικά και υγειονομικά περιβάλλοντα. Η ερμηνεία τους γίνεται με βάση τη βιβλιογραφία, προκειμένου να εντοπιστούν τα βαθύτερα αίτια, πιθανά κενά γνώσης και οι ανάγκες για παρεμβάσεις.

Τα ευρήματα της παρούσας ανασκόπησης επιβεβαιώνουν ότι ο μητρικός θηλασμός αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο, στο οποίο αλληλεπιδρούν βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, οικονομικές, θεσμικές και πολιτισμικές συνιστώσες. Ο μητρικός θηλασμός δεν είναι μια αυτόνομη, φυσική διαδικασία, αλλά ένα πολύπλοκο κοινωνικοβιολογικό φαινόμενο που εξαρτάται από το ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνεται. Η επιτυχία ή η αποτυχία του θηλασμού δεν μπορεί να ερμηνευθεί μονοδιάστατα, αλλά μέσα από τη συνάρτηση των προσωπικών, κοινωνικών και θεσμικών συνθηκών που βιώνει η μητέρα (Barbosa et al., 2017; Gianni et al., 2019; Javorski et al., 2018; Magnazi et al., 2022; Awoke & Mulatu, 2021; Zhang et al., 2023).

5.1 ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ξεκινώντας από τους σωματικούς παράγοντες, παρατηρείται ότι η φυσική κατάσταση της μητέρας και η εμπειρία του τοκετού ασκούν καίρια επιρροή στην έναρξη και διατήρηση του θηλασμού. Οι θετικές εκβάσεις σχετίζονται με ήπιες, φυσιολογικές γεννήσεις, χωρίς επιπλοκές, και

την άμεση δερματική επαφή με το βρέφος, στοιχείο που ενισχύει το μητρικό ένστικτο και την επιθυμία για θηλασμό (Apriningsih et al., 2024; Barbosa et al., 2017; Colombo et al., 2018; Gianni et al., 2019; Patel et al., 2015; Nilsson et al., 2017). Ακόμη, ένα εύρημα που συσχετίζει την καλή φυσική κατάσταση της μητέρας με το θηλασμό, αναφέρει ότι οι γυναίκες που συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες διατηρούν για περισσότερο χρόνο τον ΑΘ. Οι γυναίκες αυτές βρίσκονται ενδεχομένως σε καλύτερη φυσική και ψυχολογική κατάσταση με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν καλύτερα τις δυσκολίες του θηλασμού (Dagla et al., 2021).

Αντιθέτως, επώδυνες εμπειρίες τοκετού, όπως η καισαρική τομή, οδηγούν συχνά σε αυξημένο σωματικό στρες, επιπρόσθετο πόνο, μετεγχειρητική ανάρρωση και καθυστερημένη έναρξη θηλασμού, επηρεάζοντας αρνητικά την ψυχολογία της μητέρας (Colombo et al., 2018; Gianni et al., 2019; Patel et al., 2015; Spyrahou et al., 2022). Τα ευρήματα αυτά αντανακλούν τη σύνθετη σχέση σώματος και ψυχισμού. Η σωματική καταπόνηση μειώνει την αυτο-αποτελεσματικότητα και το κίνητρο της μητέρας να επιμείνει στον θηλασμό. Παράλληλα, δείχνουν ότι πέρα από τις βιολογικές παραμέτρους, η εμπειρία του τοκετού και οι πρώτες ώρες μετά αποτελούν κρίσιμα χρονικά σημεία για την παρέμβαση της υγειονομικής ομάδας, προσφέροντας ευκαιρίες για ενίσχυση του θηλασμού μέσω της ορθής καθοδήγησης και φροντίδας. Αντίθετα, το εύρημα ότι η καισαρική τομή αποτελεί προστατευτικό παράγοντα του θηλασμού, μπορεί να εξηγηθεί από τον περιορισμένο αριθμό των συμμετεχουσών στη μελέτη αυτή ή ακόμα και από το γεγονός ότι στη μελέτη αυτή λήφθηκαν δεδομένα από ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία (Jiravisitkul et al., 2022).

Επιπρόσθετα, η λοίμωξη από ιό, όπως sars-CoV-2 ή HIV, λειτουργεί προστατευτικά ως προς το θηλασμό, αυξάνοντας τη διάρκεια του. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται καθώς οι μητέρες που πάσχουν από κάποια λοίμωξη τείνουν να περνούν περισσότερο χρόνο στο σπίτι και να έχουν περισσότερο διαθέσιμο χρόνο για θηλασμό λόγω του αισθήματος αδυναμίας που βιώνουν εκείνη την περίοδο. Αυτό συνεπάγεται μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού. Επιπλέον, μέσω του θηλασμού περνούν αντισώματα στο βρέφος, οπότε χρησιμοποιούν το θηλασμό για την προφύλαξή του. Μια ακόμη αιτία ανευρίσκεται στη σωστή ενημέρωση των γυναικών που πάσχουν από κάποια νόσο, η οποία τις οδηγεί στη διατήρηση του (Magnazi et al., 2022; Tuthill et al., 2020).

Όσον αφορά την ηλικία της μητέρας, φαίνεται ότι οι γυναίκες μεταξύ 25 και 35 ετών διατηρούν τον αποκλειστικό θηλασμό. Αυτό συμβαίνει λόγω της ωριμότητας των γυναικών που βρίσκονται σε αυτές τις ηλικίες, καθώς οι γυναίκες αυτές έχουν πάρει ενδεχομένως συνειδητά την απόφαση να γίνουν μητέρες, με αποτέλεσμα να είναι κατάλληλα προετοιμασμένες για τη μητρότητα και το θηλασμό. Ακόμη, γνωρίζουν τα πολλαπλά οφέλη του αποκλειστικού θηλασμού στους πρώτους μήνες ζωής του βρέφους και έτσι προσπαθούν περισσότερο και επιμένουν σε αυτόν,

ξεπερνώντας τις δυσκολίες του. Ένας ακόμη λόγος μπορεί να είναι ότι οι νεότερες μητέρες αποφεύγουν το θηλασμό για λόγους αισθητικής του στήθους (Colombo et al., 2018; Muluneh, 2023; Patel et al., 2015).

Παράλληλα, το εύρημα ότι τα βρέφη μικρότερης ηλικίας έχουν μεγαλύτερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού (Awoke & Mulatu, 2021; Dahie et al., 2024; Muluneh, 2023), δικαιολογείται από τη διακοπή του θηλασμού όσο μεγαλώνουν τα βρέφη λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι μητέρες στο θηλασμό ή των αυξημένων υποχρεώσεων τους. Επιπρόσθετα, όταν το βρέφος είναι ακόμη πολύ μικρό, ενδεχομένως λαμβάνει μεγαλύτερη φροντίδα και η μητέρα καλύτερη υποστήριξη (Barbosa et al., 2017; Colombo et al., 2018; Gianni et al., 2019; Muluneh, 2023; Ross et al., 2025). Αντίθετα, βρέθηκε ότι τα πρόωρα νεογνά ή τα νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης έχουν χαμηλότερες πιθανότητες θηλασμού (Dagla et al., 2021; Patel et al., 2015; Spyragou et al., 2022). Ακόμη, το μήκος του νεογνού συσχετίστηκε αρνητικά με την έναρξη του θηλασμού. Προκειμένου τα νεογνά να πάρουν το επιθυμητό βάρος και μήκος οι μητέρες καταφεύγουν στη χρήση φόρμουλας μειώνοντας έτσι τη συχνότητα του θηλασμού και οδηγώντας πιθανώς στη διακοπή του (Huang et al., 2017). Επιπλέον, τα μικρότερα νεογνά εμφανίζουν δυσκολία στην γρήγορη έναρξη του θηλασμού λόγω της αποτυχημένης προσπάθειάς τους να πιάσουν τη θηλή (Patel et al., 2015).

Επιπρόσθετα, το εύρημα ότι η πρωτοτοκία και η ύπαρξη λιγότερων παιδιών στην οικογένεια προστατεύουν το μητρικό θηλασμό, μπορεί να αποδοθεί στον περισσότερο ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν αυτές οι μητέρες, εφόσον δεν υπάρχουν επιπρόσθετες υποχρεώσεις για την φροντίδα άλλων παιδιών, που να μην τους επιτρέπουν την πλήρη αφοσίωσή τους στο νεογνό. Αναλυτικότερα, η ύπαρξη περισσότερων παιδιών σημαίνει αυτόματα το διαχωρισμό του χρόνου της μητέρας στη φροντίδα των παιδιών της με αποτέλεσμα τη μειωμένη συχνότητα θηλασμού, στο οποίο μπορεί να συμβάλλει και η αυξημένη κούρασή της (Magnazi et al., 2022; Muluneh, 2023).

Όσον αφορά τους ανασταλτικούς σωματικούς παράγοντες, τα προβλήματα στους μαστούς, όπως συμφόρηση, μαστίτιδα, και ρωγμές, ο πόνος, η κόπωση, ακόμα και οι τεχνικές δυσκολίες πρόσφυσης του βρέφους στους μαστούς βρέθηκαν να ευθύνονται για τη διακοπή του θηλασμού. Η μητέρα βιώνοντας αυτές τις δύσκολες καταστάσεις επιλέγει να αποφεύγει το θηλασμό. Το μικρότερο ποσοστό θηλασμού στους δύο και τέσσερις μήνες ως αποτέλεσμα της δυσκολίας πρόσφυσης στο στήθος μπορεί να εξηγηθεί από την αδυναμία της μητέρας να ξεπεράσει τη δυσκολία αυτή (Barbosa et al., 2017; Colombo et al., 2018; Gianni et al., 2019; Ross et al., 2025; Shafaei et al., 2020; Shobo et al., 2020; Souza et al., 2020).

Ακόμη, το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη ή τη γαλουχία συνδέεται αρνητικά με την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού, αναδεικνύοντας την ανάγκη εκπαίδευσης και πληροφόρησης των γυναικών σχετικά με τους κινδύνους που συντρέχουν από αυτές τις ενέργειες. (Dagla et

al., 2021; Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022; Spyrahou et al., 2022; Tavoulari et al., 2016). Οι γυναίκες που καπνίζουν, γνωρίζοντας τις αρνητικές επιπτώσεις της συνήθειας αυτής ως προς την υγεία του εμβρύου αποφεύγουν να θηλάσουν. Ακόμη, ο καπνός προκαλεί ορμονικές διαταραχές που ίσως να σχετίζονται με τη διακοπή της παραγωγής γάλακτος (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022; Napierala et al., 2016). Επιπρόσθετα, οι μητέρες που θεωρούν ότι η σίτιση τους δεν είναι ικανοποιητική έτσι ώστε με το γάλα που παράγουν να καλύψουν τις ανάγκες του νεογνού, καταφεύγουν στη χρήση υποκατάστατων γάλακτος μειώνοντας έτσι τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού (Gross et al., 2019; Lesorogol et al., 2018).

Παράλληλα, πρακτικές όπως η χρήση πιπίλας και ψευδοθηλής, καθώς και η χορήγηση υποκατάστατων γάλακτος, χωρίς υποστήριξη, αυξάνουν τον κίνδυνο αποτυχημένου θηλασμού, καθώς επηρεάζουν τη ρύθμιση της προσφοράς γάλακτος, στοιχείο που υποδεικνύει την ανάγκη αναθεώρησης των καθιερωμένων μαιευτικών πρακτικών (Barbosa et al., 2017; Colombo et al., 2018; Dagla et al., 2021; Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022; Huang et al., 2017; Tavoulari et al., 2016). Επιπλέον, η χρήση πιπίλας ιδιαίτερα στο μαιευτήριο κατά τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, αποτρέπει τη μητέρα από το να αναγνωρίζει τα σημάδια πείνας του νεογνού, εφόσον το ίδιο ηρεμεί με το πιπίλισμα, το οποίο οδηγεί στην παράλειψη γευμάτων και επομένως σε λιγότερο θηλασμό, ενώ η χρήση ψευδοθηλής πριν να εγκατασταθεί ουσιαστικά ο θηλασμός, επηρεάζει τη θέληση του νεογνού να θηλάσει (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022).

Εξίσου σημαντικοί ανασταλτικοί παράγοντες, οι οποίοι αφορούν το νεογνό, αναδεικνύονται η ύπαρξη προβλημάτων υγείας του νεογνού, η ανάγκη ανάνηψης και η εισαγωγή στη ΜΕΝΝ (Dagla et al., 2021; Dahie et al., 2024; Patel et al., 2015; Ross et al., 2025). Τα προβλήματα υγείας του νεογνού φαίνεται να αποτρέπουν τη μητέρα από το να το θηλάσει ενδεχομένως λόγω φόβου, ή στην περίπτωση του ικτέρου λόγω αυξημένης ανάγκης του νεογνού σε πρόσληψη γάλακτος. Στην περίπτωση της ανάγκης ανάνηψης και της εισαγωγής στη ΜΕΝΝ, λόγω της αυξημένης παρακολούθησης του νεογνού από τους επαγγελματίες υγείας που απαιτείται, οι μητέρες δεν έχουν τη δυνατότητα της έγκαιρης έναρξης του θηλασμού ή της επαφής δέρμα με δέρμα με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν δυσκολίες αφότου εξέλθει το μωρό από τη ΜΕΝΝ. Επιπλέον, τα νεογνά αυτά σιτίζονται κατά βάση από μπουκάλι λόγω της παραμονής τους στη θερμοκοιτίδα επηρεάζοντας τη σωστή προσκόλληση τους στο στήθος καθώς δεν κατακτούν εύκολα τη θηλαστική κίνηση.

Ακόμη, προβλήματα υγείας της μητέρας όπως η αναιμία εμποδίζουν το θηλασμό, πιθανώς λόγω της σωματικής κατάστασης της μητέρας μετά τον τοκετό η οποία λόγω της απώλειας αίματος ίσως να αισθάνεται αυξημένη αδυναμία και ζάλη ή ακόμα και να χρειαστεί μετάγγιση, καταστάσεις οι οποίες αποτρέπουν την έγκαιρη έναρξη του θηλασμού. Ακόμη, η αναιμία έχει βρεθεί ότι καθυστερεί τη διαδικασία της γαλακτογένεσης. Επιπρόσθετα, την έγκαιρη έναρξη του

θηλασμού εμποδίζει η χρήση αναλγητικών κατά τον τοκετό. Τα φάρμακα αυτά εφόσον είναι ισχυρά, είναι μη συμβατά με τον θηλασμό λόγω του ότι είναι επιβλαβή για το νεογνό και αποτρέπουν τη γυναίκα από το θηλασμό τις κρίσιμες πρώτες ώρες ζωής του βρέφους (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022).

Επιπλέον, η τεχνητή γονιμοποίηση βρέθηκε να αυξάνει τον κίνδυνο της διακοπής του θηλασμού εντός των πρώτων 6 εβδομάδων (Cromi et al., 2015), ενώ η φυσιολογική σύλληψη παρατείνει τη διάρκεια του ΑΘ (Dagla et al., 2021). Το εύρημα αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η περισσότερες γυναίκες που καταφεύγουν σε αυτή τη μέθοδο σύλληψης είναι μεγαλύτερες σε ηλικία, με αποτέλεσμα να μην διαθέτουν την απαιτούμενη υπομονή για το θηλασμό ή να είναι επιβαρυνμένες με περισσότερες υποχρεώσεις. Ακόμη, η πολύδυμη κύηση καθιστά τον αποκλειστικό θηλασμό ιδιαίτερα δύσκολο καθώς αρχικά επιλέγεται η καισαρική τομή ως μέθοδος γέννησης, το οποίο οδηγεί σε μετεγχειρητική ανάρρωση και δεύτερων η μητέρα θα πρέπει να παρέχει γάλα για δύο έως τρία παιδιά, το οποίο συνεπάγεται αυξημένη κούραση καθώς θα πρέπει να είναι πάντα διαθέσιμη για θηλασμό σύμφωνα με τις ανάγκες των παιδιών της (Patel et al., 2015).

5.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Προχωρώντας στους ψυχολογικούς παράγοντες, διαπιστώθηκε ότι η αυτοπεποίθηση της μητέρας, η προγεννητική στάση απέναντι στον θηλασμό και η εμπειρία συναισθημάτων όπως το άγχος ή η κατάθλιψη διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο. Οι μελέτες υποδεικνύουν ότι οι μητέρες που διαθέτουν εσωτερική πίστη στις ικανότητές τους να θηλάσουν, δηλαδή αυτο-αποτελεσματικότητα, ενισχυμένη μέσω θετικών εμπειριών, εκπαίδευσης ή καθοδήγησης, έχουν μεγαλύτερη επιμονή και τείνουν να ξεπερνούν εμπόδια και να διατηρούν τον θηλασμό (Barbosa et al., 2017; Colombo et al., 2018; Karaahmet & Bilgiç, 2022; Nabulsi et al., 2019; Spyraoui et al., 2022).

Ακόμη, ο θηλασμός παρατείνεται όταν οι γυναίκες τον εκλαμβάνουν ως μέσο αγχώσης, γιατί ενεργοποιούνται τόσο βιολογικοί όσο και ψυχολογικοί μηχανισμοί που ενισχύουν αυτή τη συμπεριφορά. Κατά τον θηλασμό εκκρίνονται ορμόνες όπως η ωκυτοκίνη και η προλακτίνη, οι οποίες συμβάλλουν στη χαλάρωση και στη μείωση του στρες, δημιουργώντας μια αίσθηση ευεξίας. Παράλληλα, η σωματική εγγύτητα και η συναισθηματική σύνδεση με το βρέφος προσφέρουν αίσθημα ασφάλειας και ανακούφισης. Όταν αυτή η εμπειρία επαναλαμβάνεται και συνδέεται με τη μείωση του άγχους, ενισχύεται ως συμπεριφορά, με αποτέλεσμα η μητέρα να καταφεύγει στον θηλασμό όχι μόνο για τη διατροφή του παιδιού αλλά και για τη δική της συναισθηματική ρύθμιση (Magnazi et al., 2022).

Επιπρόσθετα, η προγεννητική και μεταγεννητική ψυχολογική ενδυνάμωση, μέσω ομάδων εκπαίδευσης θηλασμού, συμβουλευτικών συνεδριών και προγραμμάτων ψυχολογικής υποστήριξης βοηθά στην αυξημένη διατήρηση του θηλασμού, καθώς ενισχύει τις γνώσεις, την αυτοπεποίθηση και την ψυχική ανθεκτικότητα της μητέρας. Μέσα από την ενημέρωση και την καθοδήγηση, η μητέρα μαθαίνει πρακτικές τεχνικές θηλασμού και τρόπους αντιμετώπισης πιθανών δυσκολιών, ενώ παράλληλα λαμβάνει συναισθηματική υποστήριξη που μειώνει το άγχος και την ανασφάλεια (Colombo et al., 2018; Javorski et al., 2018; Karaahmet & Bilgiç, 2022; Nabulsi et al., 2019; Shafaei et al., 2020).

Ένας ακόμη προστατευτικός παράγοντας, φαίνεται να είναι η πρόθεση για θηλασμό πριν το τοκετό. Αυτή η πρόθεση συσχετίζεται με την ψυχολογική ετοιμότητα, την ενημέρωση και τις θετικές στάσεις απέναντι στον ρόλο της μητρότητας. Αναλυτικότερα, όταν μία γυναίκα έχει αποφασίσει ήδη κατά την εγκυμοσύνη ότι θα θηλάσει, είναι πιο πιθανό να αναζητήσει πληροφορίες, να συμμετάσχει σε προγράμματα εκπαίδευσης θηλασμού και να προετοιμαστεί πρακτικά και ψυχολογικά για τη διαδικασία. Παράλληλα, η σαφής πρόθεση αυξάνει το κίνητρο και την επιμονή της μητέρας να αντιμετωπίσει δυσκολίες που μπορεί να εμφανιστούν μετά τον τοκετό, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα έναρξης και διατήρησης του θηλασμού (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022).

Επιπρόσθετα, το εύρημα ότι οι γυναίκες με προηγούμενη επιτυχημένη εμπειρία θηλασμού έχουν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα να συνεχίσουν τον ΑΘ (Colombo et al., 2018; Faral et al., 2023; Nabulsi et al., 2019), μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι διαθέτουν ήδη πρακτική εμπειρία και γνώσεις σχετικά με τη σωστή τεχνική, τα σημάδια πείνας του βρέφους και την αντιμετώπιση πιθανών δυσκολιών, όπως ο πόνος στις θηλές ή η συμφόρηση των μαστών. Αυτή η εξοικείωση τις βοηθά στη μείωση του άγχους και επομένως τη διατήρηση του θηλασμού. Επιπλέον, μια προηγούμενη θετική εμπειρία δημιουργεί πιο θετική στάση απέναντι στον θηλασμό και ενισχύει το κίνητρο για τη συνέχισή του.

Αντίθετα, η παρουσία φόβου, επιλόχειας κατάθλιψης, άγχους, γενικότερων ψυχολογικών συμπτωμάτων ή τραυματικής εμπειρίας τοκετού επιδρά αρνητικά στην πρόθεση και ικανότητα για θηλασμό. Το άγχος και η ψυχολογική πίεση που απορρέουν από διάφορες καταστάσεις όπως η γονιμότητα ή η αβεβαιότητα στέγασης, συχνά συνοδεύονται από έντονη κόπωση, μειωμένο κίνητρο και χαμηλή αυτοπεποίθηση, με αποτέλεσμα να μειώνεται η εμπιστοσύνη της μητέρας στις ικανότητές της να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του θηλασμού. Παράλληλα, η αυξημένη ψυχολογική πίεση και το στρες μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία ορμονών που σχετίζονται με το θηλασμό, όπως η οξυτοκίνη και η προλακτίνη, δυσκολεύοντας την παραγωγή και έκκριση του μητρικού γάλακτος. Επιπλέον, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η τραυματική εμπειρία τοκετού μπορεί να επηρεάσουν τη συναισθηματική σύνδεση της μητέρας με το βρέφος, καθιστώντας το

θηλασμό πιο δύσκολο ή ψυχολογικά επιβαρυντικό. Ακόμη, η ανάγκη για ψυχοθεραπεία οδηγεί σε μείωση της διάρκειας του ΑΘ. Τέλος, η πεποίθηση ότι τα αρνητικά συναισθήματα περνούν στο βρέφος μέσω του θηλασμού οδηγεί τις μητέρες να αποφεύγουν το θηλασμό (Dagla et al., 2021; Gross et al., 2019; Magnazi et al., 2022; Reno et al., 2022b; Spyraou et al., 2022; Tavoulari et al., 2016; Tuthill et al., 2020)

Σε κάποιες περιπτώσεις, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από το οικογενειακό και επαγγελματικό περιβάλλον, η αίσθηση απομόνωσης καθώς και η ψυχολογική πίεση από την οικογένεια, επιτείνει την εσωτερική αμφιβολία της μητέρας, με αποτέλεσμα την πρόωρη διακοπή του θηλασμού. Η ψυχολογική εξάντληση που προκαλείται από την έλλειψη υποστήριξης, ειδικά σε γυναίκες με χαμηλό οικονομικό επίπεδο ή μετά από δύσκολους τοκετούς, για παράδειγμα καισαρική και επιπλοκές στον τοκετό, αυξάνει την πιθανότητα εγκατάλειψης του θηλασμού (Apriningsih et al., 2024; Dahie et al., 2024; Huang et al., 2017; Jiravisitkul et al., 2022; Magnazi et al., 2022; Muluneh, 2023) Η συναισθηματική υποστήριξη των γυναικών που θηλάζουν πρέπει να είναι συνεχή, διαφορετικά επηρεάζεται η θέληση για θηλασμό.

Ειδική μνεία αξίζει να δοθεί στον ρόλο της αντιλαμβανόμενης έλλειψης γάλακτος και της ανησυχίας για τη διατροφική επάρκεια του μητρικού γάλακτος, ως ψυχοσωματικών φαινομένων, καθώς ενισχύουν τη συναισθηματική αμφιβολία (Awoke & Mulatu, 2021; Colombo et al., 2018; Gianni et al., 2019; Gross et al., 2019; Huang et al., 2017; Lesorogol et al., 2018; Ross et al., 2025; Souza et al., 2020; Tavoulari et al., 2016). Παρόλο που βιολογικά δεν επιβεβαιώθηκε πάντα ανεπαρκής παραγωγή, η πεποίθηση της μητέρας επηρέασε την απόφαση διακοπής ή παράλληλης χορήγησης υποκατάστατων γάλακτος, καταδεικνύοντας την ανάγκη για ψυχοεκπαιδευτική υποστήριξη (Gianni et al., 2019). Οι παραπάνω διαπιστώσεις αναδεικνύουν την ανάγκη για ενσωμάτωση ψυχολογικής υποστήριξης στις προγεννητικές και μεταγεννητικές υπηρεσίες υγείας, αλλά και την εκπαίδευση των επαγγελματιών στην αναγνώριση και διαχείριση συναισθηματικών δυσκολιών που σχετίζονται με τον θηλασμό. Ακόμη, τονίζεται η σημασία της διαρκούς ψυχολογικής υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον και ιδίως από τους συντρόφους.

Το γεγονός ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες αποδείχθηκαν εξίσου καθοριστικοί με τους βιολογικούς, υποδηλώνει πως οι στάσεις και οι πεποιθήσεις επηρεάζουν όχι μόνο τη συμπεριφορά αλλά και τη φυσιολογία του σώματος. Η ψυχική πίεση, για παράδειγμα, όπως προαναφέρθηκε, δύναται να επηρεάσει την ορμονική παραγωγή και να μειώσει τη γαλουχία, γεγονός που επιβεβαιώνει τη στενή σύνδεση του συναισθηματικού με το σωματικό επίπεδο.

5.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όσον αφορά τους κοινωνικούς παράγοντες, σημαντικό εύρημα αποτελεί η θετική συσχέτιση της υποστηρικτικής οικογενειακής και κοινωνικής στάσης με την απόφαση της μητέρας να ξεκινήσει και να συνεχίσει τον θηλασμό (Apriningsih et al., 2024; Dahie et al., 2024; Gross et al., 2019; Jiravisitkul et al., 2022; Muluneh, 2023). Οι έγγαμες μητέρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να θηλάζουν αποκλειστικά, κάτι που αποδίδεται εν μέρει στην ουσιαστική υποστήριξη του συντρόφου. Αναλυτικότερα, η ενεργή παρουσία του συντρόφου και των συγγενών στη φροντίδα του παιδιού, αλλά και η ευρύτερη κοινωνική ενθάρρυνση συμβάλλουν στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης και της επιμονής της μητέρας, ιδιαίτερα σε περιόδους κόπωσης ή αμφιβολιών. Επιπλέον, οι σύντροφοι αναλαμβάνοντας τη φροντίδα του παιδιού καθώς και του σπιτιού, βοηθούν στην επαρκή ανάπαυση της μητέρας (Panahi et al., 2022). Οι μητέρες που νιώθουν αποδοχή και πρακτική βοήθεια οδηγούν σε υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού. Ακόμη και σε ιδιαίτερες συνθήκες, όπως η περίοδος της πανδημίας COVID-19, η οικογενειακή υποστήριξη έδειξε να ενισχύει το συναισθηματικό δεσμό με το βρέφος. Αυτά τα ευρήματα συνάδουν με κοινωνιολογικές θεωρίες που τονίζουν τη σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου και των δικτύων υποστήριξης για την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών υγείας. Ιδιαίτερα στις περιθωριοποιημένες ή φτωχές κοινότητες τα ισχυρά κοινωνικά δίκτυα λειτουργούν ως προστατευτικός παράγοντας έναντι των αντίξωων συνθηκών (Gross et al., 2019; Muluneh, 2023). Για τους παραπάνω λόγους βρέθηκε ότι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης οδηγεί τις γυναίκες σε πρόωρη διακοπή του θηλασμού (Lesorogol et al., 2018).

Παράλληλα, η υψηλότερη μόρφωση της γυναίκας ξεχωριστά, αλλά και του ζεύγους συνδιαστικά φάνηκε να ενισχύει το θηλασμό αλλά με μια διαφοροποίηση. Στην πλειονότητα των μελετών το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο βρέθηκε να συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά ΜΘ (Awoke & Mulatu, 2021; Colombo et al., 2018; Dagla et al., 2021; Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022; Muluneh, 2023; Tavoulari et al., 2016). Στην ίδια γραμμή, το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα αποχής από το θηλασμό ή διακοπής του. Τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συχνά διαθέτουν περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού και μεγαλύτερη ικανότητα κατανόησης των ιατρικών οδηγιών, γεγονός που ενισχύει την πρόθεση και την αυτοπεποίθηση για θηλασμό. Παράλληλα, η εκπαίδευση σχετίζεται με καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και με αυξημένη πιθανότητα αναζήτησης επαγγελματικής υποστήριξης σε περίπτωση δυσκολιών, μειώνοντας έτσι τους κινδύνους πρόωρης διακοπής. Τέλος, τα υψηλότερα μορφωτικά επίπεδα συνδέονται συχνά με στάσεις περισσότερο ευθυγραμμισμένες με τις σύγχρονες συστάσεις δημόσιας υγείας και με μεγαλύτερη

απόσταση από παραδοσιακές αντιλήψεις ή μύθους που λειτουργούν ανασταλτικά για τον θηλασμό (Apriningsih et al., 2024; Barbosa et al., 2017; Spyrahou et al., 2022).

Το αντίστροφο εύρημα της μελέτης Dahie et al. (2024), όπου ο θηλασμός ευνοείται από το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και το υψηλότερο του πατέρα, μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από το ιδιαίτερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο της συγκεκριμένης κοινότητας. Σε ορισμένες κοινωνίες, οι μητέρες με χαμηλότερη εκπαίδευση τείνουν να περνούν περισσότερο χρόνο στο σπίτι μετά τη γέννα, γεγονός που διευκολύνει την άμεση και συχνή επαφή με το βρέφος και μειώνει τα εμπόδια που σχετίζονται με την επιστροφή στην εργασία. Παράλληλα, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο του πατέρα ενδέχεται να σχετίζεται με μεγαλύτερη υποστήριξη στο θηλασμό, είτε μέσω οικονομικής σταθερότητας είτε μέσω πιο σύγχρονων αντιλήψεων γύρω από την αξία του θηλασμού. Ο συνδυασμός αυτών των δύο παραγόντων φαίνεται ότι δημιουργεί ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο αντισταθμίζει τον ανασταλτικό ρόλο που συχνά έχει η χαμηλή εκπαίδευση της μητέρας σε άλλες κοινωνίες.

Επιπρόσθετα, η εργασία της μητέρας σε μία μόνο μελέτη αναδεικνύεται ως προστατευτικός παράγοντας για το θηλασμό (Barbosa et al., 2017). Οι γυναίκες που εργάζονται εκτός σπιτιού είναι ευκολότερο να αναζητήσουν πληροφορίες σχετικά με προβλήματα που τυχόν να προκύψουν κατά το θηλασμό, όπως τα προβλήματα στους μαστούς, και συνεπακόλουθα να τις εφαρμόσουν. Ακόμη, η εργασιακή συμμετοχή των γυναικών σε περιβάλλοντα που επιτρέπουν ευελιξία ωραρίου μπορεί να διευκολύνει τη διατήρηση του θηλασμού. Το ίδιο επιβεβαιώνεται και στη μελέτη Jiravisitkul et al. (2022), με συγκεκριμένη αναφορά στο υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον, την ύπαρξη παιδικού σταθμού στην εργασία και την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών θηλασμού. Ακόμη, η ύπαρξη προϊσταμένων στην εργασία με προσωπική εμπειρία θηλασμού, οδηγεί σε μεγαλύτερη κατανόηση στην ανάγκη για διάλειμμα θηλασμού ή άντλησης (Jiravisitkul et al., 2022).

Αντιθέτως, στις περισσότερες μελέτες, η επιστροφή στην εργασία συνδέεται με πρόωρη διακοπή του θηλασμού (Apriningsih et al., 2024; Dahie et al., 2024; Gianni et al., 2019; Lesorogol et al., 2018; Muluneh, 2023; Ross et al., 2025). Το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται λόγω έλλειψης εργασιακών πολιτικών φιλικών προς τον θηλασμό, έλλειψης χρόνου της μητέρας και ευκολότερης πρόσβασης σε υποκατάστατα γάλακτος. Πιο συγκεκριμένα για τις εργασιακές πολιτικές, η έλλειψη ιδιωτικών χώρων άντλησης, ψυγείων αποθήκευσης γάλακτος και θεσμοθετημένων διαλειμάτων θηλασμού, δεν επιτρέπουν στην εργαζόμενη μητέρα να συνεχίσει το θηλασμό. Αυτό επιβεβαιώνεται, από μία μελέτη, η οποία έδειξε ότι, η έλλειψη υποδομών στο εργασιακό περιβάλλον διπλασίασε το ποσοστό διακοπής του θηλασμού (Jiravisitkul et al., 2022). Ακόμη, οι γυναίκες που επέστρεψαν στην εργασία τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό ανέφεραν μείωση της

γαλακτοπαραγωγής, που αποδόθηκε στην κόπωση και το άγχος, ενώ η απουσία από το βρέφος λειτουργούσε ως επιπλέον εμπόδιο (Lesorogol et al., 2018).

Ταυτόχρονα, η επαρκής άδεια μητρότητας συμβάλλει στη διατήρηση του θηλασμού (Jiravisitkul et al., 2022; Magnazi et al., 2022). Σε αυτή την περίπτωση ο θηλασμός διατηρείται λόγω της παραμονής της γυναίκας στο σπίτι. Η μητέρα που δεν χρειάζεται να επιστρέψει άμεσα στην εργασία, έχει περισσότερο χρόνο να αφιερώσει στο θηλασμό με αποτέλεσμα να επιμένει σε αυτόν. Παράλληλα, η πανδημία COVID 19, επιβεβαίωσε ότι η παραμονή της μητέρας στο σπίτι οδηγεί στη διατήρηση του θηλασμού, λόγω του ελεύθερου χρόνου της μητέρας, των λιγότερων επισκεπτών και του μειωμένου αισθήματος άγχους (Jiravisitkul et al., 2022). Το ίδιο παρατηρήθηκε και στην περίπτωση της τηλεργασίας (Apriningsih et al., 2024; Jiravisitkul et al., 2022; Magnazi et al., 2022). Αντιθετα, η έλλειψη χρόνου λόγω οικογενειακών ή οικιακών υποχρεώσεων, όπως η φροντίδα περισσότερων παιδιών, οδηγεί σε πρόωρη διακοπή του θηλασμού (Magnazi et al., 2022; Muluneh, 2023; Ross et al., 2025).

Οι διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών είναι σημαντικό να επισημανθούν. Σε μία μελέτη βρέθηκε ότι οι μητέρες που μένουν σε αγροτικές περιοχές έχουν διπλάσια πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού (Awoke & Mulatu, 2021). Αυτό συμβαίνει πιθανώς λόγω των στενότερων κοινωνικών δεσμών στις αγροτικές οικογένειες και της περιορισμένης πρόσβασης σε υποκατάστατα γάλακτος. Στον αντίποδα, σε δύο μελέτες η διαμονή σε αγροτική περιοχή συνδέθηκε με χαμηλότερη πιθανότητα θηλασμού ή πρόωρη διακοπή (Muluneh, 2023; Spyraou et al., 2022). Το γεγονός αυτό, μπορεί να αποδοθεί σε μια σειρά δομικών και κοινωνικών παραγόντων που χαρακτηρίζουν τις αγροτικές κοινότητες. Καταρχάς, οι αγροτικές περιοχές συχνά παρουσιάζουν περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, εξειδικευμένη υποστήριξη θηλασμού και επαγγελματίες με επαρκή εκπαίδευση σε θέματα θηλασμού, με αποτέλεσμα, οι μητέρες να μην λαμβάνουν έγκαιρη καθοδήγηση (Spyraou et al., 2022). Παράλληλα, τα αγροτικά περιβάλλοντα ενδέχεται να χαρακτηρίζονται από ισχυρές παραδοσιακές πρακτικές και αντιλήψεις, οι οποίες δεν ευθυγραμμίζονται πάντα με τις σύγχρονες συστάσεις για τον αποκλειστικό θηλασμό. Ακόμη, οι αυξημένες καθημερινές υποχρεώσεις και η οικονομική επισφάλεια που συχνά χαρακτηρίζουν τις αγροτικές οικογένειες μπορεί να μειώνουν τον χρόνο και την ψυχική διαθεσιμότητα των μητέρων για τη διατήρηση του θηλασμού (Muluneh, 2023). Για τη διαφορά αυτή που παρατηρείται μεταξύ των μελετών ίσως να ευθύνεται το δείγμα και ο τρόπος της μελέτης.

Τέλος, η πρόσβαση σε δομές υποστήριξης των μητέρων αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες. Το εύρημα ότι η ανεπαρκής κάλυψη προγεννητικής φροντίδας συνδέεται με μειωμένη πιθανότητα θηλασμού, μπορεί να ερμηνευτεί ως ένδειξη του καθοριστικού ρόλου που διαδραματίζει η συστηματική υποστήριξη των μητέρων από το σύστημα υγείας. Η επαρκής

πρόσβαση σε προγεννητικές και μεταγεννητικές υπηρεσίες παρέχει στις μητέρες έγκαιρη ενημέρωση, εκπαίδευση στη διαχείριση συνηθισμένων δυσκολιών και άμεση αναγνώριση προβλημάτων που αντιμετωπίζονται στο θηλασμό. Αντιθέτως, η ανεπαρκής κάλυψη αφήνει τις μητέρες χωρίς καθοδήγηση, αυξάνοντας τον κίνδυνο λανθασμένων πρακτικών ή παρανοήσεων και μειώνοντας την αυτοπεποίθηση και την ανθεκτικότητά τους απέναντι στις δυσκολίες του θηλασμού. Έτσι, η διαθεσιμότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας λειτουργούν ως κρίσιμη υποδομή που είτε ενισχύει είτε αποδυναμώνει την πρακτική του αποκλειστικού θηλασμού (Apriningsih et al., 2024; Gross et al., 2019; Magnazi et al., 2022; Muluneh, 2023; Ross et al., 2025). Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι κατά την πανδημία COVID-19, μειώθηκε η πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης και επομένως τα ποσοστά ΜΘ (Jiravisitkul et al., 2022).

5.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Ένας από τους πλέον καταλυτικούς παράγοντες που ανέδειξε η παρούσα ανασκόπηση είναι η επίδραση των υπηρεσιών υγείας και των πολιτικών δημόσιας υγείας στη διαμόρφωση του περιβάλλοντος θηλασμού. Οι δομές υγείας δεν λειτουργούν μόνο ως φορείς παροχής φροντίδας, αλλά αποτελούν θεσμικούς ρυθμιστές που με τις πρακτικές τους είτε ενισχύουν είτε υπονομεύουν τον μητρικό θηλασμό.

Οι μητέρες που γέννησαν σε νοσηλευτικά ιδρύματα εμφανίζουν υψηλότερη πιθανότητα να θηλάσουν αποκλειστικά, υποδεικνύοντας τη θετική επίδραση της νοσηλευτικής υποστήριξης και της άμεσης καθοδήγησης μετά τον τοκετό (Apriningsih et al., 2024; Awoke & Mulatu, 2021; Muluneh, 2023).

Η ύπαρξη προγραμμάτων υποστήριξης θηλασμού καθώς και η προγεννητική και μεταγεννητική συμβουλευτική, ακόμη και μέσω διαδικτύου οδηγεί στη διατήρηση του θηλασμού (Awoke & Mulatu, 2021; Dagla et al., 2021; Dahie et al., 2024; Jiravisitkul et al., 2022; Karaahmet & Bilgiç, 2022; Nabulsi et al., 2019; Nilsson et al., 2017; Shafaei et al., 2020). Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως ένδειξη ότι η συστηματική καθοδήγηση μειώνει την αβεβαιότητα που βιώνουν οι μητέρες και ενισχύει την αυτοπεποίθησή τους απέναντι στις συνηθισμένες δυσκολίες του θηλασμού. Η επαφή με επαγγελματίες υγείας, είτε δια ζώσης είτε εξ αποστάσεως, προσφέρει πρακτικές λύσεις σε προβλήματα όπως η κακή προσκόλληση, ο πόνος στις θηλές ή η ανησυχία για την επάρκεια του γάλακτος, τα οποία αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως συχνά οδηγούν σε πρόωρη διακοπή του θηλασμού (Shafaei et al., 2020). Ακόμη και μετά από δύσκολη γέννα, όπως η καισαρική τομή, οι γυναίκες που λαμβάνουν συμβουλευτική, έχουν καλύτερα αποτελέσματα σωματικής ανάκαμψης και ανάπτυξης του βρέφους (Karaahmet & Bilgiç, 2022), λόγω της εκμάθησης της καλύτερης αντιμετώπισης των δυσκολιών που αναδύονται εξαιτίας του χειρουργείου.

Παράλληλα, η προσωπική ενθάρρυνση και η συνεχής επίβλεψη που προσφέρουν τα προγράμματα υποστήριξης δημιουργούν ένα περιβάλλον ασφάλειας και σταθερότητας, το οποίο λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στην εγκατάλειψη της γαλουχίας.

Ακόμη, το εύρημα ότι η ένταξη σε ομάδες μητέρων που θηλάζουν, οδηγεί σε διατήρηση του θηλασμού (Nabulsi et al., 2019), μπορεί να αποδοθεί στο ότι οι ομάδες θηλασμού δημιουργούν ένα περιβάλλον όπου οι μητέρες αισθάνονται κατανόηση, αναγνώριση και ενθάρρυνση από άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοιες προκλήσεις. Η ανταλλαγή εμπειριών και πρακτικών λύσεων μειώνει την αβεβαιότητα και ενισχύει την αυτοπεποίθηση, ενώ η συνεχής αλληλεπίδραση με άλλες μητέρες λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι στην πρόωρη διακοπή. Επιπλέον, οι ομάδες αυτές συχνά παρέχουν άτυπη, αλλά σταθερή μορφή καθοδήγησης, που συμπληρώνει τη συμβουλευτική των επαγγελματιών υγείας χωρίς να απαιτεί πρόσθετη πρόσβαση σε δομές φροντίδας. Επιπρόσθετα, η θετικά αξιολογημένη επαγγελματική υποστήριξη μετά την έξοδο από το μαιευτήριο λειτουργεί προστατευτικά, επιβεβαιώνοντας τον ρόλο της έγκαιρης, συνεχιζόμενης και εξατομικευμένης υποστήριξης στην παράταση του ΑΘ (Gianni et al., 2019)

Επιπρόσθετα, τα προγράμματα εκπαίδευσης της μητέρας, τόσο κατά την εγκυμοσύνη όσο και τη λοχεία, αλλά και του πατέρα συμβάλλουν στην αύξηση του ποσοστού θηλασμού. Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων φαίνεται να ενισχύουν τα ποσοστά θηλασμού καθώς προσφέρουν πρακτικές, άμεσα εφαρμόσιμες δεξιότητες και μειώνουν την αβεβαιότητα που συχνά οδηγεί σε πρόωρη διακοπή. Τεχνικές όπως οι οπτικές παρουσιάσεις, η εκπαίδευση στη σωστή προσκόλληση και στάση, καθώς και η μικτή μέθοδος χρήσης οπτικοακουστικών μέσων και απτής τεχνολογίας, βοηθούν τη μητέρα να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα τα συνηθισμένα προβλήματα και να νιώθει μεγαλύτερη σιγουριά στις πρώτες εβδομάδες, επιμένοντας στο θηλασμό (Colombo et al., 2018; Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022; Javorski et al., 2018; Panahi et al., 2022; Shobo et al., 2020; Souza et al., 2020).

Ακόμη, οι γυναίκες που λαμβάνουν εκπαίδευση, επαγγελματική και ομότιμη υποστήριξη έχουν 6,6 φορές υψηλότερη πιθανότητα ΑΘ, καθώς ο συνδυασμός αυτών των τριών παραγόντων δημιουργεί ένα ισχυρό δίκτυο υποστήριξης, μέσα στο οποίο οι γυναίκες είναι πολύ πιο πιθανό να διατηρήσουν τον ΑΘ (Nabulsi et al., 2019). Επιπλέον, η εκπαίδευση του πατέρα οδηγεί στην ενεργό συμμετοχή του και επομένως ενισχύει το οικογενειακό περιβάλλον υποστήριξης, στοιχείο που σε αρκετές κοινότητες αποδεικνύεται καθοριστικό για τη διατήρηση του θηλασμού (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022; Panahi et al., 2022). Στο σύνολό τους, τα εκπαιδευτικά προγράμματα λειτουργούν ως σταθεροποιητικός μηχανισμός, μειώνοντας την αίσθηση αβεβαιότητας.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία αυξάνουν τα ποσοστά θηλασμού. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το ότι εφαρμόζουν πρακτικές οι οποίες στηρίζουν άμεσα τη φυσιολογία της γαλουχίας και μειώνουν τα πρώιμα εμπόδια. Η άμεση δερματική επαφή και η έγκαιρη έναρξη του θηλασμού διευκολύνουν την εγκαθίδρυση του αντανάκλαστικού της προσκόλλησης και την άμεση παραγωγή γάλακτος, ενώ ο συχνός θηλασμός και η αποφυγή περιττής χορήγησης υποκατάστατων προλαμβάνουν την πτώση της γαλακτοπαραγωγής. Τα μαιευτήρια που εφαρμόζουν συστηματικά αυτά τα βήματα παρέχουν στις μητέρες ένα σαφές, συνεπές πλαίσιο φροντίδας, το οποίο μειώνει τη σύγχυση, ενισχύει την αυτοπεποίθηση και περιορίζει τις παρεμβάσεις που συχνά οδηγούν σε πρόωρη διακοπή της γαλουχίας. Έτσι, η υιοθέτηση πρακτικών φιλικών προς τα βρέφη λειτουργεί ως δομικός μηχανισμός που προάγει τη συνέχιση του αποκλειστικού θηλασμού (Apriningsih et al., 2024; Patel et al., 2015; Shobo et al., 2020; Zhang et al., 2023).

Ακόμη, η ενεργή συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία του θηλασμού βοηθά στη διατήρηση του θηλασμού (Shobo et al., 2020). Μέσω της παρότρυνσης, της καθοδήγησης για τη σωστή στάση της μητέρας και τη σωστή προσκόλληση του βρέφους στο στήθος, οι επαγγελματίες υγείας βοηθούν στην πρόληψη δυσκολιών όπως ο πόνος, η κούραση από την κακή στάση σώματος της μητέρας, οι τραυματισμοί των θηλών και η ανεπαρκής λήψη γάλακτος από το βρέφος. Παράλληλα, η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ μαιάς και μητέρας κατά τον τοκετό και αμέσως μετά, ενισχύει την εμπιστοσύνη, μειώνει το άγχος της μητέρας και αυξάνει την αυτοπεποίθησή της σχετικά με την ικανότητά της για θηλασμό. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την επιτυχή εγκαθίδρυση και συνέχιση του θηλασμού. Ταυτόχρονα, μια σύντομη, επικεντρωμένη εκπαίδευση του προσωπικού υγείας μπορεί να βελτιώσει την επιτυχία και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, καθώς ενισχύει τις γνώσεις και τις πρακτικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη σωστή υποστήριξη των μητέρων, ενώ επιτρέπει την ενημέρωσή τους σχετικά με τις πιο πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες, διασφαλίζοντας έτσι την καθολικότητα των οδηγιών (Nilsson et al., 2017).

Συμπληρωματικά, η έκθεση στα μέσα μαζικής ενημέρωσης αποτελεί προστατευτικό παράγοντα (Muluneh, 2023), πιθανότατα λόγω της αυξημένης πληροφόρησης για τα οφέλη του θηλασμού μέσω ραδιοφωνικών και τηλεοπτικών εκστρατειών δημόσιας υγείας. Τέλος, το εύρημα ότι οι περιοχές με τοπικές εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες και καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες μητρικής φροντίδας εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά θηλασμού (Muluneh, 2023), υποδεικνύει τον καθοριστικό ρόλο της δημόσιας πολιτικής στη διαμόρφωση υποστηρικτικών περιβαλλόντων. Οι παρεμβάσεις αυτές αντανάκλουν στοχευμένες πολιτικές επιλογές, όπως επένδυση στην κοινο-

τική εκπαίδευση και ενίσχυση των υπηρεσιών υγείας, που διευκολύνουν την πρόσβαση των μητέρων σε έγκυρη καθοδήγηση και σταθερή φροντίδα. Με αυτόν τον τρόπο, η δημόσια πολιτική λειτουργεί ως μοχλός που ενισχύει την πρακτική του θηλασμού σε επίπεδο κοινότητας.

Στον αντίποδα, η έλλειψη πληροφόρησης, εκπαίδευσης και υποστήριξης κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία από επαγγελματίες υγείας, σε ορισμένες περιπτώσεις αποτελούν εμπόδιο στην έναρξη του θηλασμού, ενώ σε άλλες, ωθεί τις μητέρες στην πρόωρη διακοπή του θηλασμού (Apriningsih et al., 2024; Awoke & Mulatu, 2021; Gianni et al., 2019; Magnazi et al., 2022; Patel et al., 2015; Ross et al., 2025). Η απουσία ενημέρωσης αφήνει τις μητέρες εκτεθειμένες σε παραδοσιακές αντιλήψεις, λανθασμένες πρακτικές και προσωπικές αμφιβολίες, ενώ ακόμη, οδηγεί σε ανεπαρκή γνώση για τα οφέλη του θηλασμού και των πρακτικών όπως η επαφή δέρμα με δέρμα. Παράλληλα, χωρίς οργανωμένη υποστήριξη, μειώνεται η ικανότητα των μητέρων να αντιμετωπίζουν έγκαιρα τις πρώτες δυσκολίες και να διατηρούν την εμπιστοσύνη τους στη διαδικασία του θηλασμού.

Ιδιαίτερη σημασία αξίζει να δοθεί στην έλλειψη υποστήριξης και επαγγελματικής καθοδήγησης των μητέρων μετά τη γέννα. Οι πλειονότητα των μελετών αναφέρει ότι τα ποσοστά θηλασμού μειώνονται δραματικά καθώς περνάνε οι εβδομάδες μετά τον τοκετό (Awoke & Mulatu, 2021; Cromi et al., 2015; Dagla et al., 2021; Dahie et al., 2024; Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022; Jiravisitkul et al., 2022; Karaahmet & Bilgiç, 2022; Muluneh, 2023; Shobo et al., 2020; Tavoulari et al., 2016; Tuthill et al., 2020), γεγονός που οφείλεται εν μέρη στην έλλειψη μεταγεννητικής καθοδήγησης. Η απουσία πολιτικών στήριξης μετά την έξοδο από το μαιευτήριο (follow-up επισκέψεις, δομές θηλασμού στην κοινότητα, τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης) οδηγεί συχνά σε εγκατάλειψη του θηλασμού εντός των πρώτων εβδομάδων, καθώς η περίοδος αυτή είναι που οι νέες μητέρες είναι περισσότερο ευάλωτες (Magnazi et al., 2022).

Επιπρόσθετα, η απουσία εφαρμογής πρακτικών στις δομές υγείας όπως η έγκαιρη έναρξη του θηλασμού και η επαφή δέρμα με δέρμα, αυξάνει τον κίνδυνο μη αποκλειστικού θηλασμού (Apriningsih et al., 2024; Barbosa et al., 2017; Dahie et al., 2024; Patel et al., 2015; Shobo et al., 2020; Spyragou et al., 2022). Όταν οι δομές υγείας δεν εφαρμόζουν συστηματικά τις βασικές πρακτικές των φιλικών προς τα βρέφη νοσοκομείων, οι μητέρες χάνουν το παράθυρο ευκαιρίας, όπου η φυσιολογική προθυμία του νεογνού για θηλασμό και η ορμονική ανταπόκριση της μητέρας είναι ιδιαίτερα έντονες. Η καθυστέρηση θηλασμού αποδυναμώνει αυτή τη φυσική δυναμική, δημιουργεί αβεβαιότητα, δυσχεραίνει την ομαλή έναρξη της γαλουχίας και αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εισαγωγής υποκατάστατων. Τα υψηλά ποσοστά μη έγκαιρης έναρξης σε χώρες όπως η Σομαλία, η Βραζιλία και το Μαρόκο υποδηλώνουν όχι ατομικές επιλογές, αλλά δομικές ανεπάρκειες στα συστήματα υγείας: περιορισμό προσωπικού, έλλειψη κατάρτισης, ανεπαρκή πρωτόκολλα θηλασμού και απουσία θεσμικής προτεραιότητας. Με άλλα λόγια, τα χαμηλά ποσοστά

πρώιμης έναρξης αποτελούν ένδειξη συστημικού κενού, το οποίο αναπόφευκτα μεταφράζεται σε χαμηλότερη διάρκεια και αποκλειστικότητα θηλασμού.

Ακόμη, η προσκόλληση σε ιατροκεντρικές πρακτικές, όπως η χορήγηση συμπληρωμάτων γάλακτος χωρίς ιατρική ένδειξη, έχουν αναφερθεί σε αρκετές μελέτες ως ανασταλτικοί παράγοντες (Barbosa et al., 2017; Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022). Η χρήση φόρμουλας μειώνει το αντανεκλαστικό θηλασμού και διαταράσσει τη φυσική διαδικασία της ζήτησης-προσφοράς μητρικού γάλακτος, οδηγώντας συχνά σε πρώιμο αποθηλασμό, ενώ παράλληλα οδηγεί σε προβλήματα στους μαστούς, όπως υπερφόρτωση, ακόμη και σε επιπλοκές, όπως μαστίτιδα. Επιπρόσθετα, όταν τα προγράμματα πρόνοιας δεν έχουν επαρκή διάρκεια ή πόρους, οι μητέρες βιώνουν αυξημένο άγχος, ανασφάλεια και πίεση να επιστρέψουν νωρίτερα στην εργασία ή να αναζητήσουν πρόσθετες πηγές εισοδήματος, με αποτέλεσμα να διακόπτουν πρόωρα το θηλασμό (Gross et al., 2019).

Παράλληλα, τα εμπόδια που σχετίζονται με την ανεπαρκή στελέχωση των κέντρων υγείας, τη χαμηλή αναλογία μαιών ανά τοκετό και τις ακατάλληλες συνθήκες στους θαλάμους λοχείας (Shobo et al., 2020), μπορούν να ερμηνευτούν ως συνέπειες δομικών αδυναμιών του συστήματος υγείας, οι οποίες περιορίζουν τη δυνατότητα παροχής άμεσης και αποτελεσματικής υποστήριξης στη μητέρα. Όταν το προσωπικό είναι λιγοστό, οι μαιές αδυνατούν να αφιερώσουν τον απαιτούμενο χρόνο για καθοδήγηση και βοήθεια, ιδιαίτερα στις κρίσιμες πρώτες ώρες μετά τον τοκετό. Αυτό αφήνει τις μητέρες χωρίς πρακτική υποστήριξη και αυξάνει το άγχος τους για την έναρξη του θηλασμού. Παράλληλα, οι κακές συνθήκες στους θαλάμους λοχείας, όπως η έλλειψη ιδιωτικότητας και η συνεχής παρουσία συγγενών, δημιουργούν ένα περιβάλλον στο οποίο οι μητέρες αισθάνονται άβολα ή εκτεθειμένες, γεγονός που αποθαρρύνει την άμεση έναρξη του θηλασμού.

5.5 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι πολιτισμικοί παράγοντες είναι ιδιαίτερα καθοριστικοί διότι διαμορφώνουν το πλαίσιο εντός του οποίου οι μητέρες λαμβάνουν αποφάσεις. Δεν πρόκειται μόνο για ατομικές αντιλήψεις, αλλά για συλλογικά νοήματα που διαχέονται μέσα από την οικογένεια, την κοινότητα και τα μέσα ενημέρωσης.

Αρχικά, βρέθηκε ότι ο συνωστισμός στο σπίτι λειτουργεί προστατευτικά για τις μητέρες Λατινικής καταγωγής στη Νέα Υόρκη, αλλά όχι για τις Αφροαμερικανές στο Πίτσμπουργκ. Αυτό δείχνει ότι η επίδραση της συγκατοίκησης εξαρτάται από το πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει χώρα. Στις Λατινοαμερικανικές οικογένειες, η πολυμελής κατοίκηση συνδέεται με ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς, καθημερινή πρακτική βοήθεια και έντονη πολιτισμική αξία της

συλλογικής φροντίδας. Ακόμη, οι γυναίκες Λατινικής καταγωγής είναι περισσότερο εξοικειωμένες με το θηλασμό μπροστά σε άλλους. Έτσι, η παρουσία πολλών συγγενών ενισχύει την υποστήριξη προς τη μητέρα και διευκολύνει τη συνέχιση του θηλασμού. Αντίθετα, στις Αφροαμερικανικές οικογένειες το μοτίβο της συγκατοίκησης δεν συνοδεύεται απαραίτητα από αυξημένη κοινωνική υποστήριξη, αλλά μπορεί να αντανakλά οικονομική ανάγκη ή έλλειψη σταθερότητας, στοιχεία που δεν λειτουργούν ενισχυτικά για το θηλασμό. Συνεπώς, ο συνωστισμός δεν έχει εγγενώς θετική ή αρνητική επίδραση. Η σημασία του διαμορφώνεται από τις πολιτισμικές πρακτικές, τις αξίες και τη δομή των οικογενειακών σχέσεων που τον πλαισιώνουν (Reno et al., 2022).

Επιπρόσθετα, το εύρημα ότι η περιοχή Τιγκράι, στην Αιθιοπία, παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού, μπορεί να ερμηνευτεί μέσα από τις θετικές πολιτισμικές στάσεις που χαρακτηρίζουν την κοινότητα καθώς και τη μεγαλύτερη διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας. Στην περιοχή αυτή, ο θηλασμός θεωρείται κοινωνικά επιθυμητή πρακτική, συνδεδεμένη με αξίες όπως η μητρική φροντίδα, η φυσικότητα και η υγιής ανάπτυξη του βρέφους. Αυτές οι πολιτισμικές αντιλήψεις δημιουργούν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, όπου οι μητέρες ενθαρρύνονται να ξεκινήσουν και να διατηρήσουν τον αποκλειστικό θηλασμό. Έτσι, οι πολιτισμικές στάσεις λειτουργούν ως ισχυρός ενισχυτικός παράγοντας, διαμορφώνοντας συμπεριφορές θηλασμού που είναι κοινωνικά αποδεκτές και προσδοκώμενες στην καθημερινή ζωή της κοινότητας. Ακόμη, ίσως να οφείλεται και σε θρησκευτικές αντιλήψεις. Η συνδυαστική επίδραση της πολιτισμικής υποστήριξης και της καλύτερης πρόσβασης σε δομές φροντίδας ενισχύει τη δυνατότητα των μητέρων να διατηρούν τον αποκλειστικό θηλασμό κατά τους πρώτους μήνες ζωής του βρέφους (Muluneh, 2023).

Επιπλέον, η πολιτισμική προέλευση λειτουργεί ως καθοριστικός παράγοντας που διαμορφώνει θετικές πρακτικές θηλασμού (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022; Tavoulari et al., 2016). Αναλυτικότερα φαίνεται ότι οι μητέρες με μεταναστευτικό υπόβαθρο υιοθετούν συχνότερα συμπεριφορές φιλικές προς το θηλασμό. Στις μεταναστευτικές κοινότητες, ο θηλασμός τείνει να αποτελεί βαθιά ριζωμένη πολιτισμική νόρμα, η οποία μεταβιβάζεται μέσα από οικογενειακές παραδόσεις και συλλογικές πρακτικές φροντίδας. Οι μητέρες που προέρχονται από τέτοια περιβάλλοντα κοινωνικοποιούνται σε αξίες που δίνουν έμφαση στη φυσικότητα του ΜΘ και στην ενίσχυση του δεσμού μητέρας-βρέφους, γεγονός που αυξάνει την προσήλωσή τους στον θηλασμό (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022). Παράλληλα, η ισχυρή κοινωνική συνοχή και τα εκτεταμένα δίκτυα υποστήριξης που χαρακτηρίζουν πολλές μεταναστευτικές ομάδες δημιουργούν συνθήκες ενθάρρυνσης και πρακτικής βοήθειας (Tavoulari et al., 2016). Τα δύο αυτά ευρήματα συγκλίνουν στο ότι η πολιτισμική ταυτότητα και η κοινωνική οργάνωση των μεταναστευτικών κοινοτήτων μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά, ενισχύοντας τη διατήρηση του θηλασμού.

Συμπληρωματικά, η φροντίδα από παραδοσιακές μαίες συνδέεται με αυξημένα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού (Patel et al., 2015). Το γεγονός αυτό εξηγείται μέσω της βαθιάς πολιτισμικής εμπιστοσύνης που αποδίδεται στις παραδοσιακές μορφές φροντίδας. Σε πολλές κοινότητες, οι παραδοσιακές μαίες αποτελούν πρόσωπα με υψηλό κοινωνικό κύρος και μακροχρόνια σχέση με τις οικογένειες, γεγονός που δημιουργεί ένα πλαίσιο οικειότητας, ασφάλειας και αποδοχής για τη μητέρα. Η καθοδήγηση που παρέχουν εντάσσεται σε πολιτισμικά οικείες πρακτικές, οι οποίες ενισχύουν την αίσθηση συνέχειας και τη σιγουριά της μητέρας ότι ακολουθεί τον σωστό δρόμο σύμφωνα με τις αξίες της κοινότητας. Έτσι, η υποστήριξη από παραδοσιακές μαίες δεν λειτουργεί μόνο ως τεχνική βοήθεια, αλλά ως πολιτισμικά νομιμοποιημένη πρακτική φροντίδας, η οποία ενθαρρύνει τη διατήρηση του αποκλειστικού θηλασμού στις πρώτες κρίσιμες εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Ακόμη, βρέθηκε ότι οι πολιτισμικά ευαίσθητες παρεμβάσεις μπορούν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις ανάγκες των Αμερικανίδων Ινδιάνων και να μειώσουν τις ανισότητες στον θηλασμό (Ross et al., 2025). Η ενίσχυση της κοινοτικής υποστήριξης και η συνεργασία με μαίες και βοηθούς μητρότητας, ενισχύει την αποτελεσματικότητα της πρακτικής, διότι οι γυναίκες αισθάνονται ότι οι υπηρεσίες σέβονται τις πολιτισμικές τους αξίες και αναγνωρίζουν τις δικές τους μορφές φροντίδας. Με άλλα λόγια, η πολιτισμική προσαρμογή δεν αποτελεί απλώς επίπεδο ευαισθησίας, αλλά λειτουργεί ως καθοριστικός μηχανισμός που αυξάνει την αποδοχή και την εφαρμογή των παρεμβάσεων, καθιστώντας τις περισσότερο ικανές να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες στο θηλασμό.

Επιπρόσθετα, η πολιτισμική αποδοχή του δημόσιου θηλασμού παίζει σημαντικό ρόλο στη διάρκεια και στην επιτυχία του θηλασμού (Gutierrez-de-Terán-Moreno et al., 2022). Όταν οι μητέρες αισθάνονται ότι μπορούν να θηλάσουν έξω από το σπίτι χωρίς να φοβούνται την κριτική ή τα αρνητικά βλέμματα, αποκτούν μεγαλύτερη ελευθερία να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του βρέφους τους όπου κι αν βρίσκονται. Η απουσία κοινωνικής πίεσης μειώνει το άγχος και τη συστολή, επιτρέποντας στις μητέρες να θηλάζουν με φυσικότητα και συνέπεια στην καθημερινότητά τους. Τέλος, το εύρημα ότι τα αγόρια έχουν σχεδόν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να θηλάζονται αποκλειστικά (Dahie et al., 2024), μπορεί να ερμηνευτεί ως έκφραση βαθιά ριζωμένων πολιτισμικών προτιμήσεων υπέρ των αρρένων παιδιών. Σε κοινωνικά πλαίσια όπου τα αγόρια θεωρούνται ότι φέρουν μεγαλύτερη οικογενειακή ή συμβολική αξία, οι μητέρες και τα ευρύτερα οικογενειακά δίκτυα τείνουν να επενδύουν περισσότερο στη φροντίδα τους. Αυτό μεταφράζεται σε μεγαλύτερη προσήλωση στις πρακτικές θηλασμού, αυξημένη υποστήριξη προς τη μητέρα και μεγαλύτερη ανοχή στις δυσκολίες της γαλουχίας. Αντίθετα, σε ορισμένες κοινότητες, τα αγόρια αντιμετωπίζονται ως παιδιά που χρειάζονται περισσότερη ή πιο θρεπτική τροφή, με

αποτέλεσμα οι οικογένειες να καταφεύγουν νωρίτερα στη φόρμουλα ή σε άλλες τροφές, θεωρώντας ότι το μητρικό γάλα δεν επαρκεί. Αυτές οι πεποιθήσεις λειτουργούν ανασταλτικά για τον θηλασμό και οδηγούν σε χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού για τα αρσενικά βρέφη (Patel et al., 2015). Η διαφορά αυτή αποδίδεται κυρίως στις πολιτισμικές αντιλήψεις της εκάστοτε κοινότητας.

Σε αντίθεση με αυτά, όταν οι γυναίκες δεν μπορούν να τηρήσουν τελετουργίες που θεωρούν σημαντικές, όπως η προσευχή ή η ανάγνωση αποσπασμάτων θρησκευτικών βιβλίων, αισθάνονται ότι η διαδικασία του τοκετού αποκόπτεται από τις αξίες, τις πεποιθήσεις και την ασφάλεια που προσφέρει η παράδοσή τους. Η απουσία αυτής της πολιτισμικής γείωσης δημιουργεί συναισθηματική ένταση, ανασφάλεια και απώλεια ελέγχου, στοιχεία που μπορούν να αποδιοργανώσουν τη μετάβαση από τον τοκετό στον θηλασμό. Η καθυστέρηση στην πρώτη σίτιση, η οποία είναι 4,5 φορές πιο πιθανή όταν οι πρακτικές αυτές δεν επιτρέπονται, αντανακλά ακριβώς αυτή τη ρήξη ανάμεσα στην εμπειρία της μητέρας και στο πλαίσιο που θεωρεί οικείο και υποστηρικτικό (Shobo et al., 2020).

Επιπρόσθετα, οι αντιλήψεις γύρω από την καθαριότητα λειτουργούν ως ρυθμιστές των πρώιμων πρακτικών θηλασμού. Σε κοινωνικά πλαίσια όπου η καθαριότητα φέρει έντονο συμβολικό και ηθικό φορτίο, η μη τήρηση αυτών των πρακτικών ενδέχεται να θεωρηθεί ακατάλληλη ή ανεπαρκής φροντίδα του νεογνού. Η έμφαση στην τελετουργική καθαριότητα οδηγεί σε καθυστέρηση της πρώτης σίτισης, γεγονός που αποτυπώνει τη σύγκρουση μεταξύ βιοϊατρικών συστάσεων, όπως έγκαιρη έναρξη θηλασμού, και πολιτισμικών κανόνων (Shobo et al., 2020).

Παράλληλα, το εύρημα ότι η μεταφορά ελλιπών ή ανακριβών πληροφοριών μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο αποτελεί εμπόδιο για την έγκαιρη έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού, υποδηλώνει ότι οι άτυποι μηχανισμοί γνώσης διαμορφώνουν κρίσιμα τις πρακτικές θηλασμού (Huang et al., 2017). Σε πολλά κοινωνικά περιβάλλοντα, οι μητέρες βασίζονται περισσότερο στην εμπειρική καθοδήγηση συγγενικών προσώπων παρά σε επαγγελματικές πηγές πληροφόρησης, με αποτέλεσμα οι οικογενειακές αντιλήψεις να αποκτούν καθοδηγητικό ρόλο κατά την περιγεννητική περίοδο. Όταν αυτές οι αντιλήψεις είναι λανθασμένες ή δεν ευθυγραμμίζονται με τις σύγχρονες επιστημονικές κατευθύνσεις, δημιουργούν σύγχυση, ενισχύουν τις αμφιβολίες των μητέρων και περιορίζουν την ικανότητά τους να ξεκινήσουν το θηλασμό ή να τον διατηρήσουν (Gross et al., 2019).

Επιπλέον, οι πολιτισμικά διαμορφωμένες αντιλήψεις σχετικά με την ποιότητα και την επάρκεια του μητρικού γάλακτος της οικογένειας αποτελούν σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα για την έναρξη και τη συνέχιση της γαλουχίας. Σε πολλά κοινωνικά πλαίσια, οι υποκειμενικές εκτιμήσεις της οικογένειας για το αν το γάλα είναι αρκετό ή αν είναι θρεπτικό υπερσχύουν των βιοϊατρικών συστάσεων και επηρεάζουν άμεσα τις αποφάσεις τους. Η αντίληψη της οικογένειας

ότι το γάλα έχει χαμηλή διατροφική αξία ή ότι δεν επαρκεί, οδηγεί σε μείωση της αυτοπεποίθησης των μητέρων και σε ταχύτερη μετάβαση σε υποκατάστατα, καθώς η μητέρα δέχεται πίεση (Gianni et al., 2019; Gross et al., 2019; Huang et al., 2017). Παράλληλα, οι πολιτισμικές παρανοήσεις γύρω από το πρωτόγαλα, όπως η πεποίθηση ότι είναι ακατάλληλο για το νεογνό, συμβάλλουν στην καθυστέρηση της πρώτης σίτισης και στην υποκατάσταση των αρχικών γευμάτων (Patel et al., 2015). Συνολικά, τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι αντιλήψεις για την ποιότητα και τη θρεπτική αξία του γάλακτος δεν αποτελούν απλές προσωπικές κρίσεις, αλλά αντλούν το νόημά τους από πολιτισμικά στερεότυπα, οικογενειακές νόρμες και κοινοτικές πρακτικές που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των μητέρων κατά την περιγεννητική περίοδο.

5.6 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εκτός από τα θεσμικά και πολιτισμικά δεδομένα, σημαντικός αναδεικνύεται και ο ρόλος των οικονομικών παραγόντων. Τα ευρήματα από τις μελέτες καταδεικνύουν ότι οι οικονομικοί προσδιοριστές δεν λειτουργούν μονοδιάστατα, αλλά διαμορφώνουν τη συμπεριφορά θηλασμού μέσα από σύνθετους μηχανισμούς που σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα πόρων, τις οικογενειακές ανάγκες και τις υλικές συνθήκες ζωής (Awoke & Mulatu, 2021; Lesorogol et al., 2018; Magnazi et al., 2022).

Το γεγονός ότι τα υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού καταγράφονται σε μητέρες με χαμηλότερο εισόδημα, υποδηλώνει ότι οι οικονομικοί περιορισμοί λειτουργούν εν μέρει ως δομικό κίνητρο για διατήρηση του θηλασμού. Σε περιβάλλοντα όπου το κόστος των υποκατάστατων γάλακτος είναι δυσβάστακτο, ο θηλασμός καθίσταται η πλέον οικονομικά βιώσιμη επιλογή για τη διατροφή του βρέφους (Awoke & Mulatu, 2021). Ο θηλασμός αποτελεί μια πρακτική που καλύπτει βασικές ανάγκες χωρίς οικονομικό κόστος, ενισχύοντας την υιοθέτησή του από οικογένειες με περιορισμένους πόρους.

Η μελέτη Magnazi et al. (2022) επιβεβαιώνει αυτή τη σχέση, καθώς ένα σημαντικό ποσοστό μητέρων ανέφερε ότι η παράταση της διάρκειας του θηλασμού οφειλόταν κυρίως στο χαμηλότερο οικονομικό κόστος του. Η επιλογή του θηλασμού, επομένως, δεν αντικατοπτρίζει μόνο υγειονομικές προτιμήσεις, αλλά διαμορφώνεται μέσα από μια ορθολογική αξιολόγηση της οικονομικής δυνατότητας της οικογένειας να καλύψει τις ανάγκες βρεφικής διατροφής.

Η περίπτωση του «θηλασμού έσχατης ανάγκης» που καταγράφηκε στην Αϊτή υπογραμμίζει τον ακραίο πόλο αυτού του φαινομένου (Lesorogol et al., 2018). Ο αποκλειστικός θηλασμός υιοθετείται ως λύση επιβίωσης όταν δεν υπάρχει καμία διαθέσιμη εναλλακτική. Το εύρημα αυτό

αποκαλύπτει ότι σε ιδιαίτερα ευάλωτους πληθυσμούς, η οικονομική επισφάλεια μπορεί να ενισχύσει τον θηλασμό όχι ως συνειδητή επιλογή ευεξίας, αλλά ως αναγκαστική προσαρμογή στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες.

Αντίθετα, η επισιτιστική ανασφάλεια, ιδίως σε περιπτώσεις σοβαρής πείνας, συσχετίζεται με μειωμένη πιθανότητα συνέχισης του θηλασμού (Tuthill et al., 2020). Αυτή η αντίφαση εξηγείται από το γεγονός ότι, σε συνθήκες ακραίας διατροφικής στέρησης, οι μητέρες πιστεύουν ότι το γάλα τους είναι ανεπαρκές ή χαμηλής ποιότητας, γεγονός που μειώνει την αυτοπεποίθησή τους και οδηγεί στη διακοπή του θηλασμού (Gross et al., 2019). Η υποκειμενική αυτή πεποίθηση λειτουργεί ως καθοριστικός μηχανισμός πρόωρης εγκατάλειψης του θηλασμού, ακόμα και όταν δεν υπάρχουν πραγματικές βιολογικές δυσκολίες.

Επιπλέον, το εύρημα ότι οι δείκτες κοινωνικοοικονομικής ευημερίας, όπως η πρόσβαση σε ηλεκτρικό ρεύμα ή η ποιότητα της κατοικίας, συσχετίζονται με χαμηλότερη πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού, υποδηλώνει ότι η οικονομική άνεση συχνά συνδέεται με μεγαλύτερη πρόσβαση σε υποκατάστατα και επιλογές διατροφής που αντικαθιστούν το θηλασμό (Lesorogol et al., 2018). Παρόμοια, οι μελέτες Awoke & Mulatu (2021) και Muluneh (2023) ανέδειξαν ότι οι μητέρες με υψηλότερα εισοδήματα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να διακόψουν νωρίς το θηλασμό, πιθανώς λόγω λιγότερου χρόνου παραμονής στο σπίτι και αυξημένων επαγγελματικών υποχρεώσεων, που δυσκολεύουν τη διατήρηση του θηλασμού, καθώς και την επιλογή διατροφής με συχνότερη χρήση υποκατάστατων ή εναλλακτικών τρόπων σίτισης. Χωρίς να λειτουργεί ως απόλυτος δείκτης, η οικονομική κατάσταση αλληλεπιδρά με πολιτισμικούς, επαγγελματικούς και θεσμικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τη θηλαστική εμπειρία.

Τέλος, η ανασφάλεια σχετικά με τη στέγαση επηρεάζει αρνητικά τόσο τη διάθεση όσο και τις πρακτικές του αποκλειστικού θηλασμού (Reno et al., 2022). Η έλλειψη σταθερού και ασφαλούς χώρου προκαλεί ψυχολογική πίεση, μειώνει την αίσθηση ελέγχου της μητέρας και δυσκολεύει την οργάνωση της καθημερινής φροντίδας του βρέφους, οδηγώντας σε μειωμένη προσκόλληση στο θηλασμό.

Η ανάλυση των ευρημάτων αποκάλυψε πολλά επίπεδα επιρροής που μαζί καθορίζουν την εμπειρία του θηλασμού. Ένα από τα πιο σημαντικά ευρήματα είναι η ισχυρή επιρροή των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων σε διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά περιβάλλοντα. Για παράδειγμα, ενώ σε μελέτες από ανεπτυγμένες χώρες όπως η Ιταλία (Gianni et al., 2019) και η Ελλάδα (Dagla et al., 2021) τονίζεται η ψυχολογική ενδυνάμωση και υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας, σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Αιθιοπία (Awoke & Mulatu, 2021; Muluneh, 2023) αναδείχθηκε κυρίως η ανάγκη για βελτίωση των βασικών υποδομών και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Η ανάδειξη των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, σε συνδυασμό με τους βιολογικούς, η έμφαση στη σημασία των πολιτισμικών στερεοτύπων και η έλλειψη θεσμικής υποστήριξης, διαμορφώνουν μια εικόνα όπου ο θηλασμός γίνεται όχι απλώς μια προσωπική επιλογή, αλλά μια κοινωνικά και δομικά καθοριζόμενη πρακτική. Από την ανασκόπηση προκύπτει ότι τα ερευνητικά κενά αφορούν κυρίως στη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση των παρεμβάσεων, στην αξιολόγηση της ψυχολογικής υποστήριξης και στην καταγραφή εμπειριών κοινωνικά ευάλωτων ομάδων.

5.7 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Παρότι η παρούσα συστηματική ανασκόπηση ακολουθεί αυστηρή μεθοδολογία, με 30 μελέτες από έξι βάσεις δεδομένων, καλύπτοντας την περίοδο των τελευταίων δέκα ετών και αξιολογώντας μέσω εργαλείων CASP, πρέπει να αναγνωρίσει ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς τόσο στις ίδιες τις μελέτες όσο και στη διαδικασία της ανασκόπησης.

Πολλές από τις περιληφθείσες μελέτες έχουν παρατηρητικό χαρακτήρα (π.χ. διατομεακές, περιγραφικές), γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα αιτιολογικών συμπερασμάτων. Για παράδειγμα, οι μελέτες των Barbosa et al. (2017) και Spyragou et al. (2022) εντοπίζουν συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και πρακτικών θηλασμού, αλλά δεν μπορούν να διευκρινίσουν την κατεύθυνση αυτής της σχέσης ή να αποκλείσουν την επίδραση συγχυτικών μεταβλητών. Ακόμη και ισχυρές στατιστικά μέθοδοι ενδέχεται να παρουσιάζουν μεροληψία επιλογής ή πληροφοριακή μεροληψία, ειδικά σε μελέτες που βασίζονται σε αυτοαναφορές, όπως στις περιπτώσεις των Gianni et al. (2019), Patel et al. (2015) και Shafaei et al. (2024).

Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός είναι η ετερογένεια στις μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Οι μελέτες διαφέρουν στον ορισμό του "επιτυχημένου θηλασμού", στη διάρκεια παρακολούθησης, στα εργαλεία μέτρησης και στο θεωρητικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, στη μελέτη Barbosa et al. (2022) αξιολογείται η αποτελεσματικότητα των μοντέλων BFHI με αντικειμενικούς δείκτες, ενώ στη μελέτη Tavourari et al. (2016), οι ερευνητές βασίζονται αποκλειστικά σε συνεντεύξεις, περιορίζοντας τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η έλλειψη κοινών ορισμών δυσχεραίνει τη σύγκριση των ευρημάτων.

Ακόμη, σε ορισμένες μελέτες, οι γυναίκες αποχώρησαν από τη μελέτη. Για παράδειγμα, στη μελέτη Gianni et al. (2019), το αρχικό δείγμα περιελάμβανε 792 μητέρες που θηλάζαν κατά την έξοδο από το μαιευτήριο. Από αυτές, 552 (70%) ολοκλήρωσαν την παρακολούθηση, ενώ η απώλεια περίπου 30% ενδέχεται να επηρεάζει τη γενικευσιμότητα.

Επιπλέον, ορισμένες μελέτες διαθέτουν μικρό δείγμα ή περιορισμένο γεωγραφικό εύρος, κάτι που μειώνει την εξωτερική εγκυρότητά τους. Παραδείγματα αποτελούν οι Gross et al.

(2019), Javorski et al. (2018), Panahi et al. (2022), και Dagla et al. (2021), οι οποίες εστιάζουν σε τοπικούς ή περιφερειακούς πληθυσμούς, περιορίζοντας τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε μεγαλύτερους πληθυσμούς. Ακόμη, στη μελέτη Colombo et al. (2018), συλλέχθηκαν πληροφορίες από ένα μόνο νοσηλευτικό ίδρυμα, επηρεάζοντας την γενικευσιμότητα των ευρημάτων.

Επίσης, αξίζει να επισημανθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, η διαπολιτισμική μεταβλητότητα και οι κοινωνικές ιδιαιτερότητες δεν λαμβάνονται επαρκώς υπόψη. Οι μελέτες που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα, για παράδειγμα οι Gross et al., 2019 και Tuthill et al., 2020, περιγράφουν παράγοντες που δεν είναι απαραίτητα γενικεύσιμοι σε άλλες χώρες ή κοινωνίες. Η έλλειψη εργαλείων αξιολόγησης που λαμβάνουν υπόψη το πολιτισμικό υπόβαθρο αποτελεί σοβαρό εμπόδιο για την ομοιόμορφη αποτίμηση.

Εν κατακλείδι, αυτοί οι περιορισμοί δεν υποβαθμίζουν τη σημασία των αποτελεσμάτων, αλλά ζητούν προσεκτική ερμηνεία και εφαρμογή, ιδιαίτερα σε πολιτικές και πρακτικές υγείας. Επίσης, αναδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα με αυστηρότερη μεθοδολογία.

5.8 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Με βάση τη σύνθεση των ευρημάτων, διαμορφώνονται συγκεκριμένες προτάσεις για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού σε επίπεδο κλινικής πρακτικής, κοινωνικής πολιτικής και έρευνας.

- Διεύρυνση ποιοτικής έρευνας σε υποεκπροσωπούμενες κοινωνικές ομάδες για την αποτύπωση εμπειριών και εμποδίων στον θηλασμό.
- Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων: μακροπρόθεσμες μελέτες για την επίδραση συμβουλευτικών, εκπαιδευτικών ή κοινοτικών παρεμβάσεων.
- Θεσμοθέτηση καθολικών πολιτικών υποστήριξης θηλασμού (π.χ. πληρωμένη άδεια μητρότητας, χώροι άντλησης σε εργασιακούς χώρους).
- Ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων μητέρων και κοινοτικών δομών. Οι ομάδες υποστήριξης, τόσο δια ζώσης όσο και διαδικτυακά, μπορούν να ενισχύσουν τη συνέχιση του θηλασμού.
- Πολιτισμικά ευαίσθητη εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και μαζικές καμπάνιες αποστιγματοποίησης του δημόσιου θηλασμού.

Η ουσιαστική κατανόηση της πολύπλοκης φύσης του μητρικού θηλασμού είναι βασική για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών προώθησης της γαλουχίας, που στηρίζονται στην κοινωνική δικαιοσύνη και το σεβασμό προς τις ανάγκες της μητέρας και του παιδιού.

ΕΝΟΤΗΤΑ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση ανέδειξε ότι ο μητρικός θηλασμός επηρεάζεται από πολύπλοκους παράγοντες που αλληλεπιδρούν. Βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές, οικονομικές και θεσμικές μεταβλητές διαμορφώνουν τη δυνατότητα, τη διάρκεια και την ποιότητα του θηλασμού. Τα αποτελέσματα των 30 μελετών που συμπεριλήφθηκαν επιβεβαιώνουν ότι η απόφαση μιας μητέρας να θηλάσει και η διάρκεια του θηλασμού δεν καθορίζονται μόνο από τη θέληση ή τη γνώση της, αλλά και από το ευρύτερο πλαίσιο που περιβάλλει τη μητρότητα σε κάθε κοινωνία.

Οι σωματικοί παράγοντες, όπως η καλή υγεία της μητέρας, η απουσία επιπλοκών κατά τη λοχεία και η φυσιολογική παραγωγή γάλακτος, διευκολύνουν τη διατήρηση της γαλουχίας. Αντιθέτως, η εξάντληση, ο πόνος και οι μετεγχειρητικές δυσκολίες αποτελούν εμπόδια που απαιτούν ιατρική και ψυχολογική υποστήριξη. Οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η αυτό-αποτελεσματικότητα, η αυτοπεποίθηση και η συναισθηματική σταθερότητα, αποδείχθηκαν εξίσου κρίσιμοι. Η μητέρα που νιώθει στήριξη, εμπιστεύεται τον εαυτό της και έχει πρόσβαση σε καθοδήγηση από επαγγελματίες υγείας, είναι περισσότερο ικανή να υπερβεί τις δυσκολίες. Αντίθετα, το άγχος και η επιλόχειος κατάθλιψη οδηγούν σε πρόωρη διακοπή.

Σε κοινωνικό επίπεδο, η ύπαρξη δικτύων υποστήριξης αποδείχθηκε ζωτικής σημασίας. Ο ρόλος του συντρόφου, της οικογένειας και της κοινότητας αναδείχθηκε ως βασικό στοιχείο διατήρησης της ψυχικής ανθεκτικότητας της μητέρας. Ενώ οι μητέρες που αναγκάζονται να επιστρέψουν πρόωρα στην εργασία τους αντιμετωπίζουν αυξημένα εμπόδια. Οι πολιτισμικοί παράγοντες επηρέασαν βαθιά τις στάσεις απέναντι στον θηλασμό. Οι κοινωνίες που διατηρούν θετικά πρότυπα μητρότητας και φυσικής φροντίδας ενισχύουν τον θηλασμό, ενώ οι κοινωνίες που προωθούν δυτικά καταναλωτικά πρότυπα ή στιγματίζουν τον δημόσιο θηλασμό οδηγούν σε μείωση της πρακτικής.

Η οικονομική διάσταση υπογραμμίζει ότι η οικονομική ευημερία των μητέρων και η έλλειψη κοινωνικών παροχών επηρεάζουν τη διάρκεια του θηλασμού. Αυτή η σχέση δείχνει ότι ο θηλασμός είναι όχι μόνο μια προσωπική επιλογή αλλά και ένα κοινωνικό δικαίωμα που χρειάζεται πολιτικές στήριξης από το κράτος. Τα συστήματα υγείας είναι κρίσιμα για την υποστήριξη, καθώς η επαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η συνέπεια στις πληροφορίες και η συνέχεια της υποστήριξης μετά το εξιτήριο είναι βασικοί παράγοντες επιτυχίας.

Συνολικά, η ανασκόπηση αποκάλυψε ότι η επιτυχία του θηλασμού εξαρτάται από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, από τις βιολογικές λειτουργίες του σώματος μέχρι τις

κοινωνικές δομές και τις πολιτικές υγείας. Αυτή η προσέγγιση μετατοπίζει την ερμηνεία του φαινομένου από την ατομική ευθύνη της μητέρας σε μια ολιστική, συστημική κατανόηση, όπου κάθε επίπεδο συμβάλλει στη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Amitay, E. L., & Keinan-Boker, L. (2015). Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. *JAMA pediatrics*, 169(6), e151025. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1025>
2. Andreas, N. J., Kampmann, B., & Mehring Le-Doare, K. (2015). Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early human development*, 91(11), 629–635. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.08.013>
3. Apriningsih, I., Hanifah, L., & Nasrulloh, N. (2024). Exclusive breastfeeding practice during the COVID-19 pandemic in West Java, Indonesia: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 19(5), e0303386. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303386>
4. Asnicar, F., Manara, S., Zolfo, M., Truong, D. T., Scholz, M., Armanini, F., Ferretti, P., Gorfer, V., Pedrotti, A., Tett, A., & Segata, N. (2017). Studying Vertical Microbiome Transmission from Mothers to Infants by Strain-Level Metagenomic Profiling. *mSystems*, 2(1), e00164-16. <https://doi.org/10.1128/mSystems.00164-16>
5. Awoke, S., & Mulatu, B. (2021). Determinants of exclusive breastfeeding practice among mothers in Sheka Zone, Southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Public health in practice (Oxford, England)*, 2, 100108. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100108>
6. Babic, A., Sasamoto, N., Rosner, B. A., Tworoger, S. S., Jordan, S. J., Risch, H. A., Harris, H. R., Rossing, M. A., Doherty, J. A., Fortner, R. T., Chang-Claude, J., Goodman, M. T., Thompson, P. J., Moysich, K. B., Ness, R. B., Kjaer, S. K., Jensen, A., Schildkraut, J. M., Titus, L. J., Cramer, D. W., ... Terry, K. L. (2020). Association Between Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk. *JAMA oncology*, 6(6), e200421. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.0421>
7. Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric clinics of North America*, 60(1), 49–74. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>
8. Barbosa, G. E. F., Silva, V. B. D., Pereira, J. M., Soares, M. S., Medeiros, R. D. A., Filho, Pereira, L. B., Pinho, L., & Caldeira, A. P. (2017). INITIAL BREASTFEEDING DIFFICULTIES AND ASSOCIATION WITH BREAST DISORDERS AMONG POSTPARTUM WOMEN. DIFICULDADES INICIAIS COM A TÉCNICA DA AMAMENTAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS A PROBLEMAS COM A MAMA EM PUÉRPERAS. *Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo*, 35(3), 265–272. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00004>
9. Binte Abu Bakar, S. Y., Salim, M., Clulow, A. J., Nicholas, K. R., Boyd, B. J. (2021). Human milk composition and the effects of pasteurisation on the activity of its components. *Trends in*

Food Science and Technology (Vol. 111, pp. 166–174). Elsevier Ltd.

<https://doi.org/10.1016/j.tifs.2021.02.055>

10. Carr, L. E., Virmani, M. D., Rosa, F., Munblit, D., Matazel, K. S., Elolimy, A. A., & Yeruva, L. (2021). Role of Human Milk Bioactives on Infants' Gut and Immune Health. *Frontiers in immunology*, 12, 604080. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.604080>
11. Colombo, L., Crippa, B. L., Consonni, D., Bettinelli, M. E., Agosti, V., Mangino, G., Bezze, E. N., Mauri, P. A., Zanotta, L., Roggero, P., Plevani, L., Bertoli, D., Gianni, M. L., & Mosca, F. (2018). Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients*, 10(1), 48. <https://doi.org/10.3390/nu10010048>
12. Cromi, A., Serati, M., Candeloro, I., Uccella, S., Scandroglio, S., Agosti, M., & Ghezzi, F. (2015). Assisted reproductive technology and breastfeeding outcomes: a case-control study. *Fertility and sterility*, 103(1), 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.10.009>
13. Dagla, M., Mrvoljak-Theodoropoulou, I., Vogiatzoglou, M., Giamalidou, A., Tsolaridou, E., Mavrou, M., Dagla, C., & Antoniou, E. (2021). Association between Breastfeeding Duration and Long-Term Midwifery-Led Support and Psychosocial Support: Outcomes from a Greek Non-Randomized Controlled Perinatal Health Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1988. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041988>
14. Dahie, H. A., Osman, M. A., Jimale, Y. A., et al. (2024). Determinants of Exclusive Breastfeeding Among Mothers of Infants Less Than Six Months of Age in Mogadishu: A Facility-Based Cross-Sectional Study. *Journal of Pediatric Health and Nutrition*, 1(3), 16–32. <https://doi.org/10.14302/issn.2691-5014.jphn-23-4865>
15. Del Ciampo, L. A., & Del Ciampo, I. R. L. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 40(6), 354–359. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>
16. Duijts, L., Jaddoe, V. W., Hofman, A., & Moll, H. A. (2010). Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*, 126(1), e18–e25. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3256>
17. Gianni, M. L., Bettinelli, M. E., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., Plevani, L., Cavallaro, G., Raffaelli, G., Crippa, B. L., Colombo, L., Morniroli, D., Liotto, N., Roggero, P., Villamor, E.,

- Marchisio, P., & Mosca, F. (2019). Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients*, 11(10), 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>
18. Global Breastfeeding Collective. About the Collective. Ανακτήθηκε από:
<https://www.globalbreastfeedingcollective.org/about-collective>
19. Global Breastfeeding Collective. Breastfeeding: A smart investment. Ανακτήθηκε από:
<https://www.globalbreastfeedingcollective.org/>
20. Gross, R. S., Mendelsohn, A. L., Arana, M. M., & Messito, M. J. (2019). Food Insecurity During Pregnancy and Breastfeeding by Low-Income Hispanic Mothers. *Pediatrics*, 143(6), e20184113. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-4113>
21. Gutierrez-de-Terán-Moreno, G., Ruiz-Litago, F., Ariz, U., Fernández-Atutxa, A., Mulas-Martín, M. J., Benito-Fernández, E., & Sanz, B. (2022). Successful breastfeeding among women with intention to breastfeed: From physiology to socio-cultural factors. *Early human development*, 164, 105518. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2021.105518>
22. Hermansson, H., Kumar, H., Collado, M. C., Salminen, S., Isolauri, E., & Rautava, S. (2019). Breast Milk Microbiota Is Shaped by Mode of Delivery and Intrapartum Antibiotic Exposure. *Frontiers in nutrition*, 6, 4. <https://doi.org/10.3389/fnut.2019.00004>
23. Huang, P., Ren, J., Liu, Y., Luo, B., & Zhao, X. (2017). Factors affecting breastfeeding adherence among Chinese mothers: A multicenter study. *Medicine*, 96(38), e7619. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007619>
24. Javorski, M., Rodrigues, A. J., Dodt, R. C. M., Almeida, P. C., Leal, L. P., & Ximenes, L. B. (2018). Effects of an educational technology on self-efficacy for breastfeeding and practice of exclusive breastfeeding. Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática do aleitamento materno exclusivo. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 52, e03329. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017031803329>
25. Jiravisitkul, P., Thonginnetra, S., Kasemlawan, N., et al. (2022). Supporting factors and structural barriers in the continuity of breastfeeding in the hospital workplace. *International Breastfeeding Journal*, 17, 87. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00533-1>
26. Jost, T., Lacroix, C., Braegger, C. P., Rochat, F., & Chassard, C. (2014). Vertical mother-neonate transfer of maternal gut bacteria via breastfeeding. *Environmental microbiology*, 16(9), 2891–2904. <https://doi.org/10.1111/1462-2920.12238>

27. Karaahmet, A. Y., & Bilgiç, F. Ş. (2022). Breastfeeding success in the first 6 months of online breastfeeding counseling after cesarean delivery and its effect on anthropometric measurements of the baby: a randomized controlled study. *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*, 68(10), 1434–1440. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20220540>
28. Khodayar-Pardo, P., Mira-Pascual, L., Collado, M. C., & Martínez-Costa, C. (2014). Impact of lactation stage, gestational age and mode of delivery on breast milk microbiota. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 34(8), 599–605. <https://doi.org/10.1038/jp.2014.47>
29. Kim SY, Yi DY. Components of human breast milk: from macronutrient to microbiome and microRNA. *Clin Exp Pediatr*. 2020 Aug;63(8):301-309. doi: 10.3345/cep.2020.00059. Epub 2020 Mar 23. PMID: 32252145; PMCID: PMC7402982
30. Knoop, K. A., Coughlin, P. E., Floyd, A. N., Ndao, I. M., Hall-Moore, C., Shaikh, N., Gasparrini, A. J., Rusconi, B., Escobedo, M., Good, M., Warner, B. B., Tarr, P. I., & Newberry, R. D. (2020). Maternal activation of the EGFR prevents translocation of gut-residing pathogenic *Escherichia coli* in a model of late-onset neonatal sepsis. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(14), 7941–7949. <https://doi.org/10.1073/pnas.1912022117>
31. Krol, K. M., & Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Psychologische Effekte des Stillens auf Kinder und Mütter. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 61(8), 977–985. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0>
32. Krol, K. M., Rajhans, P., Missana, M., & Grossmann, T. (2015). Duration of exclusive breastfeeding is associated with differences in infants' brain responses to emotional body expressions. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 8, 459. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00459>
33. Lamberti, L. M., Zakarija-Grković, I., Fischer Walker, C. L., Theodoratou, E., Nair, H., Campbell, H., & Black, R. E. (2013). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC public health*, 13 Suppl 3(Suppl 3), S18. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S18>
34. Lesorogol, C., Bond, C., Dulience, S. J. L., & Iannotti, L. (2018). Economic determinants of breastfeeding in Haiti: The effects of poverty, food insecurity, and employment on exclusive

breastfeeding in an urban population. *Maternal & child nutrition*, 14(2), e12524.

<https://doi.org/10.1111/mcn.12524>

35. Lyons, K. E., Ryan, C. A., Dempsey, E. M., Ross, R. P., & Stanton, C. (2020). Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. *Nutrients*, 12(4), 1039. <https://doi.org/10.3390/nu12041039>
36. Magnazi, M. B., Sartena, G., Goldberg, M., Zimmerman, D., Ophir, E., Baruch, R., Goldsmith, R., & Endevelt, R. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on breastfeeding in Israel: a cross-sectional, observational survey. *International breastfeeding journal*, 17(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00505-5>
37. McKinney E. S. James S. R. Murray S. S. Nelson K. A. & Ashwill J. W. (2018). *Maternal-child nursing* (Fifth). Elsevier.
38. Melnik, B. C., & Schmitz, G. (2017). MicroRNAs: Milk's epigenetic regulators. *Best practice & research. Clinical endocrinology & metabolism*, 31(4), 427–442. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2017.10.003>
39. Mikšić, Š., Uglešić, B., Jakab, J., Holik, D., Milostić Srb, A., & Degmečić, D. (2020). Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2725. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082725>
40. Moossavi, S., Sepehri, S., Robertson, B., Bode, L., Goruk, S., Field, C. J., Lix, L. M., de Souza, R. J., Becker, A. B., Mandhane, P. J., Turvey, S. E., Subbarao, P., Moraes, T. J., Lefebvre, D. L., Sears, M. R., Khafipour, E., & Azad, M. B. (2019). Composition and Variation of the Human Milk Microbiota Are Influenced by Maternal and Early-Life Factors. *Cell host & microbe*, 25(2), 324–335.e4. <https://doi.org/10.1016/j.chom.2019.01.011>
41. Mosca, F., & Gianni, M. L. (2017). Human milk: composition and health benefits. *La Pediatria medica e chirurgica : Medical and surgical pediatrics*, 39(2), 155. <https://doi.org/10.4081/pmc.2017.155>
42. Much, D., Beyerlein, A., Kindt, A., Krumsiek, J., Stücker, F., Rossbauer, M., Hofelich, A., Wiesenäcker, D., Hivner, S., Herbst, M., Römisch-Margl, W., Prehn, C., Adamski, J., Kastenmüller, G., Theis, F., Ziegler, A. G., & Hummel, S. (2016). Lactation is associated with altered metabolomic signatures in women with gestational diabetes. *Diabetologia*, 59(10), 2193–2202. <https://doi.org/10.1007/s00125-016-4055-8>

43. Muluneh, M. W. (2023). Determinants of exclusive breastfeeding practices among mothers in Ethiopia: Evidence from EDHS 2016. *PLOS ONE*, 18(2), e0281576.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281576>
44. Nabulsi, M., Tamim, H., Shamsedine, L., Charafeddine, L., Yehya, N., Kabakian-Khasholian, T., Masri, S., Nasser, F., Ayash, S., & Ghanem, D. (2019). A multi-component intervention to support breastfeeding in Lebanon: A randomized clinical trial. *PloS one*, 14(6), e0218467.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218467>
45. Napierala, M., Mazela, J., Merritt, T. A., & Florek, E. (2016). Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environmental research*, 151, 321–338.
<https://doi.org/10.1016/j.envres.2016.08.002>
46. Nilsson, I. M. S., Strandberg-Larsen, K., Knight, C. H., Hansen, A. V., & Kronborg, H. (2017). Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Maternal & child nutrition*, 13(4), e12432.
<https://doi.org/10.1111/mcn.12432>
47. Onyango, S., Kimani-Murage, E., Kitsao-Wekulo, P., Langat, N. K., Okelo, K., Obong'o, C., Utzinger, J., & Fink, G. (2022). Associations between exclusive breastfeeding duration and children's developmental outcomes: Evidence from Siaya county, Kenya. *PloS one*, 17(3), e0265366. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265366>
48. Panahi, F., Rashidi Fakari, F., Nazarpour, S., Lotfi, R., Rahimizadeh, M., Nasiri, M., & Simbar, M. (2022). Educating fathers to improve exclusive breastfeeding practices: a randomized controlled trial. *BMC health services research*, 22(1), 554. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07966-8>
49. Patel, A., Bucher, S., Pusdekar, Y., Esamai, F., Krebs, N. F., Goudar, S. S., Chomba, E., Garces, A., Pasha, O., Saleem, S., Kodkany, B. S., Liechty, E. A., Kodkany, B., Derman, R. J., Carlo, W. A., Hambidge, K., Goldenberg, R. L., Althabe, F., Berrueta, M., Moore, J. L., ... Hibberd, P. L. (2015). Rates and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breast feeding at 42 days postnatal in six low and middle-income countries: A prospective cohort study. *Reproductive health*, 12 Suppl 2(Suppl 2), S10. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-S2-S10>
50. Prentice A. M. (2022). Breastfeeding in the Modern World. *Annals of nutrition & metabolism*, 78 Suppl 2, 29–38. <https://doi.org/10.1159/000524354>

51. Qiu, R., Zhong, Y., Hu, M., & Wu, B. (2022). Breastfeeding and Reduced Risk of Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2022, 8500910. <https://doi.org/10.1155/2022/8500910>
52. Reno, R., Whipps, M., Wallenborn, J. T., Demirci, J., Bogen, D. L., Gross, R. S., Mendelsohn, A. L., Morris, P. A., & Shaw, D. S. (2022). Housing Insecurity, Housing Conditions, and Breastfeeding Behaviors for Medicaid-Eligible Families in Urban Settings. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 38(4), 760–770. <https://doi.org/10.1177/08903344221108073>
53. Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeerhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., Victora, C. G., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *Lancet* (London, England), 387(10017), 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
54. Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeerhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., Victora, C. G., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *Lancet* (London, England), 387(10017), 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
55. Ross, A., MacPherson, C., Baker, L., Kim, S., Njau, G., & Williams, A. D. (2025). Impact of Breastfeeding Barriers on Racial/Ethnic Disparities in Breastfeeding Outcomes in North Dakota. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 12(2), 1063–1072. <https://doi.org/10.1007/s40615-024-01943-z>
56. Sankar, M. J., Sinha, B., Chowdhury, R., Bhandari, N., Taneja, S., Martines, J., & Bahl, R. (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 104(467), 3–13. <https://doi.org/10.1111/apa.13147>
57. Sayres, S., & Visentin, L. (2018). Breastfeeding: uncovering barriers and offering solutions. *Current opinion in pediatrics*, 30(4), 591–596. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000647>
58. Shafaei, F. S., Mirghafourvand, M., & Havizari, S. (2020). The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial. *BMC women's health*, 20(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00947-1>

59. Shende, P., & Khanolkar, B. (2021). Human breast milk-based nutritherapy: A blueprint for pediatric healthcare. *Journal of food and drug analysis*, 29(2), 203–213.
<https://doi.org/10.38212/2224-6614.3352>
60. Shobo, O. G., Umar, N., Gana, A., Longtoe, P., Idogho, O., & Anyanti, J. (2020). Factors influencing the early initiation of breast feeding in public primary healthcare facilities in Northeast Nigeria: a mixed-method study. *BMJ open*, 10(4), e032835.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032835>
61. Souza, E. F. D. C., Pina-Oliveira, A. A., & Shimo, A. K. K. (2020). Effect of a breastfeeding educational intervention: a randomized controlled trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28, e3335. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3081.3335>
62. Spyrakou, E., Magriplis, E., Benetou, V., & Zampelas, A. (2022). Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Duration in Greece: Data from the Hellenic National Nutrition and Health Survey. *Children (Basel, Switzerland)*, 9(11), 1773.
<https://doi.org/10.3390/children9111773>
63. Sriraman N. K. (2017). The Nuts and Bolts of Breastfeeding: Anatomy and Physiology of Lactation. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(12), 305–310.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.10.001>
64. Tavoulari, E. F., Benetou, V., Vlastarakos, P. V., Psaltopoulou, T., Chrousos, G., Kreatsas, G., Gryparis, A., & Linos, A. (2016). Factors affecting breastfeeding duration in Greece: What is important?. *World journal of clinical pediatrics*, 5(3), 349–357.
<https://doi.org/10.5409/wjcp.v5.i3.349>
65. Tian, F., Liu, G. R., Li, N., & Yuan, G. (2017). Insulin-like growth factor I reduces the occurrence of necrotizing enterocolitis by reducing inflammatory response and protecting intestinal mucosal barrier in neonatal rats model. *European review for medical and pharmacological sciences*, 21(20), 4711–4719.
66. Truchet, S., & Honvo-Houéto, E. (2017). Physiology of milk secretion. *Best practice & research. Clinical endocrinology & metabolism*, 31(4), 367–384.
<https://doi.org/10.1016/j.beem.2017.10.008>
67. Tuthill, E. L., Miller, J. D., Collins, S. M., Widen, E. M., Onono, M., & Young, S. L. (2020). HIV infection, hunger, breastfeeding self-efficacy, and depressive symptoms are associated with exclusive breastfeeding to six months among women in western Kenya: a longitudinal

- observational study. *International breastfeeding journal*, 15(1), 4.
<https://doi.org/10.1186/s13006-019-0251-8>
68. Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* (London, England), 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
 69. World Health Organization. (2014). COMPREHENSIVE IMPLEMENTATION PLAN ON MATERNAL, INFANT AND YOUNG CHILD NUTRITION.
 70. World Health organization. (2021, June 9). Infant and young child feeding. Ανακτήθηκε από: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 71. Yi, D. Y., & Kim, S. Y. (2021). Human Breast Milk Composition and Function in Human Health: From Nutritional Components to Microbiome and MicroRNAs. *Nutrients*, 13(9), 3094. <https://doi.org/10.3390/nu13093094>
 72. York, D. J., Smazal, A. L., Robinson, D. T., & De Plaen, I. G. (2021). Human Milk Growth Factors and Their Role in NEC Prevention: A Narrative Review. *Nutrients*, 13(11), 3751. <https://doi.org/10.3390/nu13113751>
 73. Zhang, X., Bandyopadhyay, S., Araujo, L. P., Tong, K., Flores, J., Laubitz, D., Zhao, Y., Yap, G., Wang, J., Zou, Q., Ferraris, R., Zhang, L., Hu, W., Bonder, E. M., Kiela, P. R., Coffey, R., Verzi, M. P., Ivanov, I. I., & Gao, N. (2020). Elevating EGFR-MAPK program by a nonconventional Cdc42 enhances intestinal epithelial survival and regeneration. *JCI insight*, 5(16), e135923. <https://doi.org/10.1172/jci.insight.135923>
 74. Zhang, X., Wang, X., Juan, J., Yang, H., Sobel, H. L., Li, Z., Narayan, A., Huang, X., Tian, X., Zhang, L., Cao, Y., Tan, L., Gao, Y., Qiu, Y., & Liu, J. (2023). Association of duration of skin-to-skin contact after cesarean delivery in China: a superiority, multicentric randomized controlled trial. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 5(8), 101033. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.101033>
 75. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. (2018, Μάρτιος). ΕΚΘΕΣΗ Εθνική Μελέτη Εκτίμησης Της Συχνότητας Και Των Προσδιοριστικών Παραγόντων Του Μητρικού Θηλασμού Στην Ελλάδα (Αθήνα)
 76. Εικόνα <https://athmonionvima.gr/perifereia/drasi-gia-tin-proagogi-toy-mitrikoy-thilasmoy-ayrio-savvato-2-noemvrioy-stop-the-mall>

